



Утверждаю:
Исполнительный директор
РООИ «Здоровье человека»

Тимченко Е.А.
«30» декабря 2024 г.



**Региональная Общественная Организация Инвалидов «Здоровье
человека»**

**Социально значимая программа (проект) на
2025-2030 гг.
Репродуктивное Здоровье Нации**

Версия 2025 г.

Москва, 2025 г.

	РЕГИОНАЛЬНАЯ ОБЩЕСТВЕННАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ИНВАЛИДОВ "ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА"	Социально значимая программа (проект) на 2025-2030 гг.	Версия 2025 г.
---	--	--	----------------

РЗН

Социально значимая программа (проект) на 2025-2030 гг.

1.1. Полное название организации:

Региональная общественная организация инвалидов «Здоровье человека»

1.2. Название Программы (Проекта):

Репродуктивное здоровье нации

1.3. В рамках какой программы реализуется Программа (Проект):

Государственная программа «Развитие здравоохранения», утвержденная Постановлением Правительства РФ от 26 декабря 2017 г. N 1640 (с изменениями от 1 марта, 20 ноября, 24 декабря 2018 г., 24 января, 14, 29 марта, 18 октября, 30 ноября 2019 г., 1 января 2020 г.) с 2018 по 2024 гг.
Обновлены нормативные изменения 17.12.2024 г. Постановления Правительства РФ № 2030 от 30.11.2023, № 407 от 01.04.2024, № 954 от 13.07.2024, № 1774 от 13.12.2024.

1.4. Описание Программы (Проекта)¹:

Раздел I. Здоровье и репродуктивное здоровье как факторы национальной безопасности

Согласно Уставу Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ): «здоровье — это состояние полного физического, психического и социального благополучия, а не только отсутствие болезней или физических дефектов» [1].

ВОЗ трактует репродуктивное здоровье как «состояние полного физического, психического и социального благополучия во всех вопросах, касающихся репродуктивной системы, её функций и процессов»; при этом подчеркивается право людей на безопасную и удовлетворительную сексуальную жизнь, а также возможность самостоятельно определять число детей, момент и частоту рождения [2].

Состояние здоровья населения, включая репродуктивное здоровье, является важным показателем устойчивости государства. Оно определяет демографическую динамику, качество человеческого капитала и социальную стабильность. Низкая рождаемость, высокая материнская и младенческая смертность, распространённость заболеваний и недостаточный уровень репродуктивного здоровья ведут к сокращению трудового потенциала и увеличению демографической нагрузки. Это ослабляет экономические возможности страны и снижает её способность эффективно реагировать на внутренние и внешние вызовы.

¹ Указать цели программы, конкретные объекты помощи, методы реализации и планируемые результаты.

	РЕГИОНАЛЬНАЯ ОБЩЕСТВЕННАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ИНВАЛИДОВ "ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА"	Социально значимая программа (проект) на 2025-2030 гг.	Версия 2025 г.
---	--	--	--------------------------------------

РЗН

Репродуктивное здоровье напрямую влияет на здоровье будущих поколений, уровень врождённых заболеваний и качество жизни детей, что является основой формирования человеческого капитала. Уровень здоровья семей отражается на социальной устойчивости общества, снижает вероятность социальной напряжённости и способствует сохранению благополучной демографической структуры.

Кроме того, население с низким уровнем здоровья более уязвимо к эпидемиям, биологическим угрозам и чрезвычайным ситуациям, что увеличивает нагрузку на систему здравоохранения и снижает защитные возможности государства.

Положение Российской Федерации по данным международных организаций отражает наличие значимых проблем в сфере здоровья и репродуктивного здоровья. Согласно ВОЗ, ожидаемая продолжительность здоровой жизни HALE (Healthy Life Expectancy) в России в 2021 году составила 60,9 года. Показатель HALE характеризует не только общую продолжительность жизни, но и количество лет, которые человек проводит без выраженных ограничений здоровья, то есть в состоянии, позволяющем сохранять активность и трудоспособность. Этот показатель интегрирует данные о смертности и заболеваемости, поэтому считается более точным индикатором качества здоровья населения [3].

Не менее важным параметром является материнская смертность.

По данным международных и национальных источников, показатель материнской смертности в Российской Федерации характеризуется неравномерной динамикой. В 2020 году он составил 13,7 случая на 100 000 живорождений [4]; по предварительным оценкам за 2023 год наблюдалось снижение примерно до 9 случаев на 100 000, однако в 2024 году показатель вновь увеличился и достиг 11,7 случая на 100 000 живорождённых [5]. Такая волнообразная динамика может отражать влияние нескольких факторов: последствий пандемии COVID-19, различий в методах учёта в регионах, повышения выявляемости осложнений, а также изменений в доступности и качестве медицинской помощи.

Несмотря на отдельные положительные сдвиги, уровень материнской смертности в России продолжает превышать показатели стран с наиболее эффективными системами охраны репродуктивного здоровья — Финляндии, Японии и Швеции, где данный показатель стабильно удерживается на уровне 3–5 случаев на 100 000 живорождений [6]. В целом Россия заметно уступает странам-лидерам по ряду ключевых демографических и медико-статистических параметров, включая продолжительность здоровой жизни и распространённость заболеваний, влияющих на репродуктивную функцию. Совокупность этих факторов формирует демографические риски, рассматриваемые как значимые элементы угроз национальной безопасности, поскольку они напрямую определяют численность и здоровье населения, а значит — и его трудовой потенциал.

Вывод: здоровье и репродуктивное здоровье населения имеют прямое стратегическое значение для национальной безопасности. Укрепление этих показателей способствует росту численности трудоспособного населения, снижению смертности, улучшению качества человеческого капитала и повышению устойчивости государства к внутренним и внешним вызовам.

Отношения в сфере охраны здоровья граждан Российской Федерации регулируются Федеральным законом от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» [7], который определяет правовые, организационные и экономические механизмы обеспечения охраны здоровья. В контексте репродуктивного здоровья данный закон закрепляет ряд ключевых положений.

	РЕГИОНАЛЬНАЯ ОБЩЕСТВЕННАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ИНВАЛИДОВ "ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА"	Социально значимая программа (проект) на 2025-2030 гг.	Версия 2025 г.
---	--	---	-----------------------

РЗН

1. Определяет охрану здоровья матери и ребёнка как приоритет государственной политики, предусматривая создание условий для снижения материнской и перинатальной смертности и обеспечения безопасного материнства.
2. Устанавливает право граждан на репродуктивный выбор: самостоятельное решение вопросов рождения детей, использование методов контрацепции, а также доступ к вспомогательным репродуктивным технологиям.
3. Предусматривает доступность медицинской помощи в области репродуктивного здоровья, включая доступность услуг по планированию семьи, пренатальной диагностике, наблюдению беременности и ведению родов.
4. Устанавливает гарантии безопасности и качества медицинских вмешательств, включая применение вспомогательных репродуктивных технологий, а также регулирует порядок информированного добровольного согласия, что является ключевым элементом защиты прав пациента.

В Указе Президента РФ от 31.12.2015 № 683 «О Стратегии национальной безопасности Российской Федерации», пункт 71 подчёркивается, что демографическое развитие, улучшение здоровья населения, снижение смертности, укрепление института семьи и повышение качества медицинской помощи являются важнейшими условиями национальной безопасности. Особое значение придаётся охране материнства и детства, развитию профилактической медицины и созданию условий для роста населения [8].

В Указе Президента РФ от 06.06.2019 № 254 «О Стратегии развития здравоохранения в Российской Федерации на период до 2025 года» определены ключевые направления государственной политики в здравоохранении: повышение доступности качества медицинской помощи, развитие профилактики заболеваний, укрепление общественного здоровья, снижение смертности, модернизацию системы родовспоможения, развитие кадрового потенциала и внедрение современных медицинских технологий. В документе подчёркнута важность охраны материнства и детства и снижения материнской и младенческой смертности [9].

Литература

1. Всемирная организация здравоохранения. Устав ВОЗ // WHO. URL: <https://www.who.int/about/governance/constitution> (дата обращения: 15.11.2025).
2. WHO. Reproductive health. URL: <https://www.who.int/health-topics/reproductive-health> (дата обращения: 15.11.2025).
3. WHO Data. Russian Federation: Life expectancy and HALE. URL: <https://data.who.int/countries/643> (дата обращения: 15.11.2025).
4. World Bank. Maternal mortality ratio (per 100,000 live births) – Russian Federation. URL: <https://data.worldbank.org/indicator/SH.STA.MMRT?locations=RU> (дата обращения: 15.11.2025).
5. Интерфакс. Минздрав РФ: показатель материнской смертности составляет 11,7 на 100 тыс. родившихся живыми. URL: <https://www.interfax.ru/russia/1003890> (дата обращения: 15.11.2025).
6. Всемирная организация здравоохранения. Материнская смертность. URL: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality> (дата обращения: 15.11.2025).

	РЕГИОНАЛЬНАЯ ОБЩЕСТВЕННАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ИНВАЛИДОВ "ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА"	Социально значимая программа (проект) на 2025-2030 гг.	Версия 2025 г.
---	--	---	-----------------------

РЗН

7. Российская Федерация. Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Официальный интернет-портал правовой информации. URL: <https://www.pravo.gov.ru>
(дата обращения: 15.11.2025).
8. Указ Президента РФ от 31.12.2015 № 683 «О стратегии национальной безопасности РФ», п. 71
9. Указ Президента РФ от 6 июня 2019 г. N 254 “О Стратегии развития здравоохранения в Российской Федерации на период до 2025 года”

	РЕГИОНАЛЬНАЯ ОБЩЕСТВЕННАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ИНВАЛИДОВ "ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА"	Социально значимая программа (проект) на 2025-2030 гг.	Версия 2025 г.
---	--	--	--------------------------------------

РЗН

Раздел II. Репродуктивное здоровье – определяющий фактор воспроизводства (смены поколений в результате естественного прироста населения)

о

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) определяет репродуктивное здоровье как «состояние полного физического, психического и социального благополучия во всех вопросах, связанных с репродуктивной системой, её функциями и процессами, а также способность иметь безопасную и удовлетворительную сексуальную жизнь и возможность самостоятельно решать, если, когда и сколько детей иметь» [1].

В феврале 2024 года программа UN Special Programme of Research, Development and Research Training in Human Reproduction (HRP) при ВОЗ акцентировала внимание на необходимости внедрения «game-changing solutions» - это инновации, прорывные решения (технологии, методы и продукты), способные изменить ситуацию, привести к качественному скачку в улучшении показателей сексуального и репродуктивного здоровья, особенно у уязвимых групп населения, а не просто к постепенным улучшениям [2].

В мае 2024 года Всемирная организация здравоохранения отметила 20-летие глобальной стратегии в области репродуктивного здоровья, подтвердив её актуальность и значимость. Несмотря на необходимость обновления с учётом современных демографических изменений, технологического прогресса и новых вызовов, ВОЗ подчёркивает, что документ 2004 года остаётся основополагающим политическим ориентиром.

Отмечается, что базовая стратегия сохраняет пять ключевых приоритетов: улучшение дородовой, родовой, послеродовой помощи и помощи новорождённым; обеспечение доступа к качественным услугам планирования семьи, включая лечение бесплодия; предотвращение небезопасных аборт; борьбу с инфекциями, передаваемыми половым путём, включая ВИЧ, а также профилактику заболеваний репродуктивного тракта; укрепление сексуального здоровья как важнейшего компонента общего благополучия.

ВОЗ продолжает рассматривать эти направления как базовые, определяющие международные стандарты и ориентиры в сфере репродуктивного здоровья [1].

В разделе «Sexual and reproductive health and rights» подчёркивается, что услуги в сфере репродуктивного здоровья должны быть интегрированы на протяжении всей жизни человека, как часть системы всеохватывающего здравоохранения и прав человека [3.]

ВОЗ. Новые направления до 2030

Согласно обновлённым подходам Всемирной организации здравоохранения, основные направления развития в сфере репродуктивного здоровья до 2030 года предусматривают переход к более комплексной модели оказания услуг. Подчёркивается необходимость интеграции репродуктивного и сексуального здоровья в системы первичной медико-санитарной помощи и универсального охвата здравоохранением. Делается акцент на внедрении инноваций и цифровых технологий, расширении возможностей самопомощи, развитии дистанционных сервисов, само - тестирования и автономных средств контрацепции.

	РЕГИОНАЛЬНАЯ ОБЩЕСТВЕННАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ИНВАЛИДОВ "ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА"	Социально значимая программа (проект) на 2025-2030 гг.	Версия 2025 г.
---	--	--	--------------------------------------

РЗН

Приоритетом остаётся сокращение неравенства в доступе к услугам репродуктивного здоровья, особенно среди маргинальных и труднодоступных групп. Важным направлением ВОЗ считает усиление профилактики и контроля инфекций, передаваемых половым путём, включая ВИЧ, а также охрану репродуктивного здоровья мужчин.

Кроме того, стратегия до 2030 года подчёркивает необходимость укрепления прав человека, расширения репродуктивных прав и свободы выбора, а также обеспечения высокого качества и безопасности всех услуг в области репродуктивного здоровья [1,2,3].

В Российской Федерации в 2023–2024 гг. предпринимались новые шаги по укреплению репродуктивного здоровья населения. Министерство здравоохранения Российской Федерации в феврале 2024 года предложило ранее оценивать состояние репродуктивной функции подростков — в возрасте до 14 лет, что направлено на своевременное выявление нарушений и формирование у подростков культуры сохранения репродуктивного здоровья. Параллельно с 2024 года в программу диспансеризации включён скрининг мужского и женского репродуктивного здоровья, что обеспечивает более раннюю диагностику нарушений и повышает доступность профилактических мероприятий [4].

Дополнительным стратегическим шагом стало утверждение Правительством Российской Федерации «Стратегии действий по реализации семейной политики», в которой особое внимание уделяется укреплению материнского, отцовского и детского здоровья как ключевого элемента демографической стабильности страны. В октябре 2024 года Министерство здравоохранения также выпустило методические рекомендации «Сохранение и укрепление репродуктивного здоровья работающих граждан», направленные на развитие профилактических программ в трудовых коллективах и выявление факторов риска, влияющих на репродуктивную функцию [4,5].

Репродуктивный возраст женщины — это период, в течение которого она способна зачать, выносить и родить ребёнка. Согласно международной классификации, он обычно охватывает возраст от 15 до 49 лет. В практической медицине его подразделяют на ранний репродуктивный возраст (примерно от менархе до 35 лет) и поздний репродуктивный возраст (от 35 лет до наступления менопаузы). Оптимальным возрастом для первой беременности большинство специалистов считают интервал от 19 до 35 лет, когда организм женщины наиболее физиологически готов к вынашиванию и родам: хорошо функционирует гормональная система, отсутствуют выраженные хронические заболевания, ткани матки и малого таза остаются эластичными, а восстановление после родов происходит быстрее. После 35 лет постепенно снижается овариальная функция, овуляции могут становиться нерегулярными, накапливаются хронические заболевания, уменьшается восприимчивость эндометрия, что делает зачатие и течение беременности более сложным [6].

В российских методических рекомендациях Министерство здравоохранения Российской Федерации определено, что женщины и мужчины репродуктивного возраста подлежат обследованию в рамках диспансеризации с целью оценки репродуктивного здоровья [7]. Также в российских источниках указывается, что возрастная граница репродуктивного возраста женщины обычно охватывает период до 49 лет, а после 35 лет отмечаются изменения фолликулярного резерва и снижение овариальной функции. [8].

	РЕГИОНАЛЬНАЯ ОБЩЕСТВЕННАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ИНВАЛИДОВ "ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА"	Социально значимая программа (проект) на 2025-2030 гг.	Версия 2025 г.
---	--	--	----------------

РЗН

В Российской Федерации оценка репродуктивного здоровья включена в программу диспансеризации взрослого населения и проводится у женщин и мужчин в возрасте от 18 до 49 лет, что соответствует репродуктивному периоду, принятому в клинической практике.

С 2024 года скрининг репродуктивного здоровья стал обязательной частью профилактических осмотров и направлен на раннее выявление нарушений репродуктивной функции, инфекций, заболеваний органов репродуктивной системы и факторов риска бесплодия. У женщин обследование включает осмотр акушера-гинеколога, оценку состояния молочных желёз, осмотр шейки матки с забором материала для цитологического исследования, микроскопию мазков, а также лабораторный скрининг на инфекции, передаваемые половым путём. В возрасте от 30 до 49 лет дополнительно выполняются ультразвуковые исследования органов малого таза и молочных желёз, а также расширенная диагностика инфекционных заболеваний методом ПЦР. У мужчин программа скрининга предусматривает консультацию уролога, лабораторное обследование на инфекции, передаваемые половым путём, ультразвуковое исследование предстательной железы и органов мошонки, а при необходимости — проведение спермограммы для оценки фертильности. Такая система позволяет выявлять нарушения на ранних стадиях, проводить своевременную профилактику и снижать риск развития заболеваний, влияющих на репродуктивное здоровье и демографическую ситуацию [9].

В позднем репродуктивном периоде (после 35 лет) вероятность осложнений беременности существенно возрастает. Это связано со снижением гормональной активности, уменьшением овариального резерва и накоплением хронических заболеваний, что в совокупности повышает риски для матери и плода. В этот возрастной период чаще отмечаются маточные кровотечения, гипоксия плода, преждевременные роды или, наоборот, перенашивание беременности, преждевременное излитие околоплодных вод, раннее старение или отслойка плаценты. Повышается вероятность самопроизвольного прерывания беременности, слабой родовой деятельности и необходимости оперативного родоразрешения. Значительно увеличивается частота метаболических осложнений, включая гестационный сахарный диабет и гестоз. Кроме того, в позднем репродуктивном возрасте возрастает риск хромосомных и структурных аномалий развития плода, что делает беременность более уязвимой и требует более тщательного медицинского наблюдения [4].

У мужчин возрастные изменения репродуктивной функции в последние годы изучаются более активно. Современные исследования подтверждают, что, несмотря на более длительный репродуктивный период по сравнению с женщинами, качество спермы начинает заметно снижаться уже после 35–40 лет. Уменьшается объём эякулята, падает подвижность и нормальная морфология сперматозоидов, а показатель фрагментации ДНК (DFI) существенно возрастает. Эти изменения повышают риск бесплодия, увеличивают вероятность генетических нарушений у потомства и ухудшают прогноз зачатия.

Новые данные показывают, что бремя мужского бесплодия за последние десятилетия растёт, а наиболее уязвимой возрастной группой являются мужчины 35–39 лет. Отмечается, что возрастные изменения сперматогенеза связаны с гормональным снижением уровня тестостерона, окислительным стрессом, варикоцеле, хроническими воспалительными заболеваниями и вредными привычками. Установлено, что сидячий образ жизни, стресс, курение, алкоголь и ИППП существенно ухудшают подвижность сперматозоидов и увеличивают количество повреждённой ДНК. Современные обзоры подчёркивают необходимость ранней



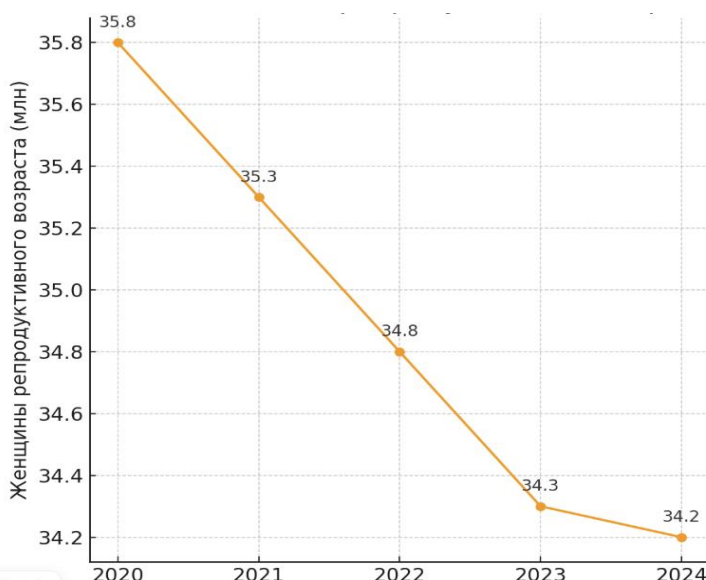
РЗН

оценки мужского репродуктивного здоровья, особенно при планировании беременности после 35 лет. Возраст мужчины должен рассматриваться как значимый фактор риска, наравне с образом жизни и сопутствующими заболеваниями [10, 11,12,13].

Обобщенные эпидемиологические данные о численности женщин репродуктивного возраста в РФ

По данным Росстата и Минздрава России, в последние годы в стране прослеживается устойчивая тенденция к сокращению численности женщин репродуктивного возраста. На начало 2023–2024 годов их количество оценивается примерно в 34–34,3 млн человек, что на 1,3–1,5 млн меньше, чем в 2020 году, диаграмма 1.

Диаграмма 1. Динамика численности женщин репродуктивного возраста в РФ



Сокращение связано с демографическим «эхом» 1990-х - вторичным снижением рождаемости, возникающим вследствие вступления в репродуктивный возраст малочисленных поколений, рождённых в периоды демографических спадов, что приводит к уменьшению потенциального числа родителей вне зависимости от текущих социальных и медицинских условий [14]. В распределении по возрастным группам преобладают женщины в категориях 25–29 и 30–34 лет, которые традиционно являются наиболее активными в отношении рождаемости. В возрастной группе 20–24 лет наблюдается постепенное снижение численности, что также влияет на общий уровень рождаемости.

Полновозрастная структура России подтверждает, что в группах 20–24, 25–29 и 30–34 лет в последние годы происходит спад: каждое следующее поколение численно меньше предыдущего. Это отражается и на региональном уровне — большинство субъектов РФ фиксируют уменьшение числа молодых женщин; наибольшее сокращение характерно для регионов Центрального и Сибирского федеральных округов. Достоверная детальная разбивка по конкретным возрастным группам в разрезе регионов официально не публикуется в полном виде и доступна только в профессиональных статистических базах [15].



РЗН

В общероссийском масштабе такое снижение рассматривается как важный фактор демографических рисков, поскольку уменьшение когорт женщин позднего подросткового и раннего репродуктивного возраста формирует неблагоприятный прогноз рождаемости на ближайшие десятилетия.

В России, как и во многих развитых и развивающихся странах, динамика рождаемости характеризуется двумя ключевыми тенденциями: снижением уровня рождаемости, при котором число рождений на одну женщину опускается ниже уровня простого воспроизводства населения, и «старением рождаемости» — постепенным смещением возраста первородящих женщин в старшие возрастные группы [16]. Согласно данным Росстата, средний возраст женщин при рождении первого ребёнка в 2018–2022 годах составлял около 26,75 года [17]. Эти показатели свидетельствуют о чётко выраженной тенденции откладывания материнства [18], таблица 1.

Таблица 1. Возраст матери при рождении ребёнка в России (средние и распределение по группам), данные 2018-2022 гг.

Возрастная группа женщин	Показатель (последние доступные данные)
Средний возраст при рождении первого ребёнка (2018–2022)	26,75 года
Средний возраст матери при рождении ребёнка (2023)	29,0 лет
Распределение родивших по возрастным группам (оценка):	
До 25 лет	около 20 %
25–29 лет	около 22–23 %
30–34 года	около 23–24 %
35–39 лет	около 24 %
40 лет и старше	около 10–12 % (по данным отдельных регио

Подобные изменения оказывают значимое влияние на демографическую ситуацию. Длительность формирования поколений увеличивается: если ранее она составляла 20–22 года, то в настоящее время приближается к 30 годам, что снижает суммарный коэффициент рождаемости и замедляет естественное воспроизводство населения. Кроме того, возраст матери является важным фактором риска: при позднем деторождении повышается вероятность осложнений беременности и неблагоприятных исходов как для женщины, так и для ребёнка.

Анализ распределения рождений по возрасту подтверждает смещение репродуктивной активности: доля рождений у женщин младше 25 лет снижается, тогда как вклад групп 30–34 и 35–39 лет постепенно увеличивается. Это отражает формирование устойчивой модели позднего материнства, характерной для современных демографических процессов.

Возрастная трансформация рождаемости приводит к увеличению интервальности поколений, снижению естественного прироста и увеличению частоты возраст-ассоциированных осложнений беременности. В совокупности это создаёт дополнительную нагрузку на систему здравоохранения, подчёркивая необходимость совершенствования профилактических, диагностических и лечебных мероприятий для женщин старшего репродуктивного возраста.



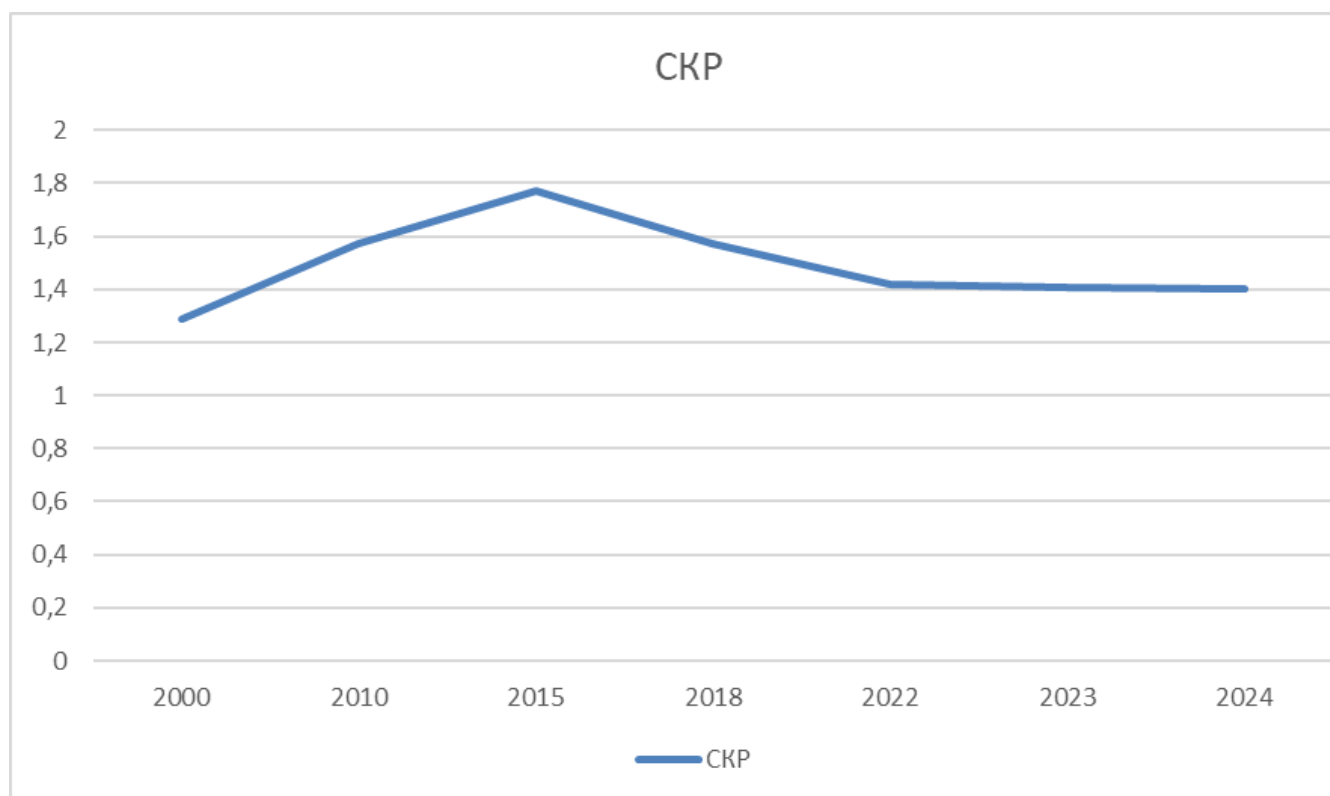
РЗН

Неблагоприятную динамику показывает общий коэффициент рождаемости. По итогам 2023 года он составил 8,7 рождения на 1000 человек населения, а по оперативным данным за первое полугодие 2024 года снизился до 8,3 на 1000 населения, что указывает на дальнейшее сокращение интенсивности деторождения.

Аналогичные тенденции прослеживаются и по суммарному коэффициенту рождаемости (СКР), который показывает, сколько детей рождает в среднем одна женщина за всю жизнь с 15 до 49 лет. В России уровень СКР значительно варьировал на протяжении многих лет. В 2000 году СКР составил примерно 1,29 ребёнка на одну женщину; в 2010 году — около 1,57. В 2015 г. он достиг своего максимального уровня – около 1,77 и с этого момента коэффициент снова снизился в 2018 г. до 1,57 [19].

В 2022 году СКР оценивался примерно в 1,42 ребёнка на одну женщину, тогда как в 2023 году снизился до 1,41, а в 2024 году — до уровня около 1,40, диаграмма 1.

Диаграмма 1. Значение суммарного коэффициента рождаемости (СКР) в динамике, 2000-2024 гг.



Значения СКР существенно ниже уровня простого воспроизводства населения ($\approx 2,1$), что свидетельствует о продолжающемся демографическом спаде. Сочетание снижения коэффициентов рождаемости с уменьшением численности женщин репродуктивного возраста и смещением деторождения в старшие возрастные группы формирует выраженные риски для воспроизводственного потенциала страны. Данные показатели указывают на сохранение



РЗН

долгосрочной тенденции депопуляции и требуют усиления мер в сфере семейной политики и охраны репродуктивного здоровья [20,21,22].

По данным сборника Росстат «Демографический ежегодник России» за 2023 год, существует тенденция изменения возрастных коэффициентов рождаемости (число живорождённых на 1000 женщин конкретной возрастной группы). Например, в возрастной группе 40–44 года коэффициент рождаемости в 2023 году составил 9,7 ребёнка на 1000 женщин (в 2020 году — 9,3 на 1000). Эти данные свидетельствуют о том, что даже в старших репродуктивных возрастных группах рождаемость работает, хотя уровни остаются низкими и значительно уступают молодым группам [23].

В соответствии со средним вариантом демографического прогноза Росстата ожидается дальнейшее сокращение численности населения за счёт отрицательного естественного прироста. Согласно опубликованным расчётам, при сохранении текущих тенденций естественная убыль будет нарастать: в 2020 г. прогнозировалось снижение численности населения на 38,7 тыс. человек; к 2025 г. ожидаемая убыль увеличится до 133,2 тыс. человек; в 2030 г. — до 217,6 тыс. человек; к 2035 г. ежегодное сокращение может достигнуть 259,6 тыс. человек, таблица 2.

Таблица 2. Анализ данных Росстата по естественному приросту населения для среднего (инерционного/нейтрального) варианта демографического прогноза.

Годы	Низкий вариант прогноза				Средний вариант прогноза				Высокий вариант прогноза			
	Население на начало года	Изменения за год			Население на начало года	Изменения за год			Население на начало года	Изменения за год		
		общий прирост	естественный прирост	миграционный прирост		общий прирост	естественный прирост	миграционный прирост		общий прирост	естественный прирост	миграционный прирост
2018	146880,4	-154,6	-270,3	115,7	146880,4	-83,9	-229,3	145,4	146880,4	15,4	-159,9	175,3
2019	146725,8	-91,5	-259,5	168,0	146796,5	0,0	-208,4	208,4	146895,8	125,4	-123,3	248,7
2020	146634,3	-203,8	-359,4	155,6	146796,5	-38,7	-252,2	213,5	147021,2	186,9	-84,5	271,4
2021	146430,5	-313,7	-459,6	145,9	146757,8	-82,5	-302,6	220,1	147208,1	237,0	-57,2	294,2
2022	146116,8	-366,1	-504,3	138,2	146675,3	-95,7	-322,5	226,8	147445,1	291,5	-24,2	315,7
2023	145750,7	-400,2	-532,0	131,8	146579,6	-105,7	-339,2	233,5	147736,6	344,0	8,7	335,3
2024	145350,5	-431,7	-557,5	125,8	146473,9	-113,2	-352,4	239,2	148080,6	403,1	50,5	352,6
2025	144918,8	-478,1	-598,8	120,7	146360,7	-133,2	-378,1	244,9	148483,7	396,0	27,1	368,9
2026	144440,7	-523,8	-640,7	116,9	146227,5	-158,4	-409,1	250,7	148879,7	381,1	-3,3	384,4
2027	143916,9	-563,3	-676,8	113,5	146069,1	-176,1	-432,3	256,2	149260,8	377,8	-21,1	398,9
2028	143353,6	-597,9	-708,6	110,7	145893,0	-193,8	-455,2	261,4	149638,6	379,4	-32,7	412,1
2029	142755,7	-621,7	-730,0	108,3	145699,2	-206,3	-472,3	266,0	150018,0	389,3	-34,6	423,9
2030	142134,0	-642,8	-749,0	106,2	145492,9	-217,6	-488,0	270,4	150407,3	406,6	-27,9	434,5
2031	141491,2	-660,2	-764,9	104,7	145275,3	-237,2	-511,2	274,0	150813,9	428,2	-15,2	443,4
2032	140831,0	-669,7	-773,4	103,7	145038,1	-251,7	-529,1	277,4	151242,1	447,7	-3,3	451,0
2033	140161,3	-674,5	-777,2	102,7	144786,4	-256,9	-536,5	279,6	151689,8	479,5	22,9	456,6
2034	139486,8	-677,2	-778,9	101,7	144529,5	-259,1	-540,3	281,2	152169,3	512,4	51,6	460,8
2035	138809,6	-680,1	-780,6	100,5	144270,4	-259,6	-541,2	281,6	152681,7	542,5	80,0	462,5
2036	138129,5				144010,8				153224,2			

Эти значения отражают неблагоприятную динамику естественного воспроизводства и указывают на необходимость системных мер по стимулированию рождаемости и снижению смертности [24].

В последние годы в России фиксируется заметный рост впервые выявленных онкологических заболеваний среди лиц молодого и среднего репродуктивного возраста. Особенно выражена эта



РЗН

тенденция в возрастной группе 20–39 лет, что совпадает с периодом наибольшей биологической благоприятности для зачатия и рождения ребёнка. Согласно опубликованным в 2024 году данным, увеличение заболеваемости затронуло сразу 17 видов рака, и наиболее выраженный рост наблюдается среди представителей «поколения X» и миллениалов. Миллениалы — это поколение, родившееся ориентировочно в 1981–1996 годах; в 2024–2025 гг. их возраст составляет примерно 28–44 года. Это именно те возрастные группы, которые формируют основной репродуктивный потенциал общества. Рост онкологических заболеваний в данной когорте усиливает демографические риски и может негативно отражаться на показателях фертильности, количестве планируемых беременностей и реализации репродуктивных планов [25].

Российский статистический сборник за 2023 год также содержит данные о заболеваемости злокачественными новообразованиями по регионам и по возрастным группам, что подтверждает наличие тенденции к «омоложению» онкологических заболеваний [26]. Например, отмечается, что доля случаев рака в возрастной группе 20–29 лет и 30–39 лет растёт, включая такие виды, как рак прямой кишки: прирост составил 133 % в группе 20–29 лет и 97 % в группе 30–39 лет [27].

Такой рост представляет серьёзную угрозу не только для эпидемиологической и медицинской ситуации в стране, но и для репродуктивного здоровья: возрастные группы 20–39 лет совпадают с наиболее благоприятным периодом для зачатия и рождения ребёнка. Увеличение онкологических заболеваний в этих возрастах может отрицательно влиять на фертильность, возможности материнства и отцовства, и тем самым усиливать демографические риски.

В последние годы в Российской Федерации отмечается стабильно высокая доля впервые диагностированных случаев ВИЧ-инфекции среди мужчин и женщин репродуктивного возраста. Наиболее уязвимой является возрастная группа 30–39 лет, на которую в 2023 году приходилось около 35–38 % всех новых выявлений, тогда как возраст 20–29 лет прибавлял ещё 11–13 % новых случаев.

Среди женщин ситуация ещё более значима для демографии: более двух третей впервые выявленных ВИЧ-положительных пациенток относятся к фертильному возрасту 18–44 лет, а средний возраст диагностики составляет $26,8 \pm 6,4$ года. Эти данные подчёркивают, что ВИЧ-инфекция остаётся существенной угрозой для репродуктивного здоровья, влияя как на возможности зачатия и вынашивания беременности, так и на риски вертикальной передачи инфекции [28].

Несмотря на постепенное снижение распространённости инфекций, передаваемых преимущественно половым путём (ИППП), их уровень в России остаётся значимым с клинической и демографической точек зрения. В 2023 году зарегистрировано 127 080 случаев ИППП (86,8 на 100 000 населения), при этом наибольшую эпидемиологическую значимость сохраняют сифилис и гонорея — инфекции, существенно влияющие на репродуктивное здоровье мужчин и женщин, повышающие риск бесплодия, невынашивания беременности и неблагоприятных исходов для плода [29].

По данным государственной статистики за 2005–2018 гг., заболеваемость сифилисом сократилась с 97,9 тыс. случаев (68,8 на 100 тыс. населения) до 24,6 тыс. (16,7 на 100 тыс.), а гонококковой инфекцией — со 101,8 тыс. (71,5 на 100 тыс.) до 12,8 тыс. случаев (8,7 на 100 тыс.), что отражает заметное улучшение эпидемиологической ситуации в этот период [30]. Однако



РЗН

устойчивое снижение середины 2010-х годов не сохранилось. Если ориентироваться на уровень 2008–2010 гг. (например, 44,6 случая сифилиса на 100 тыс. в 2010 году), становится очевидно, что показатели 2016–2018 гг. (21–23 на 100 тыс.) были минимальными лишь временно. С 2022–2023 годов в ряде регионов вновь фиксируется рост заболеваемости, местами достигающий 50–70 %, что формирует неблагоприятную эпидемиологическую тенденцию и подчёркивает необходимость усиления профилактики, скрининга и своевременного лечения.

Актуальность проблемы (контрацепция, аборты, беременность, дородовая помощь)

Падение рождаемости в России отчасти связано с широким использованием средств контрацепции и значительным количеством абортов, что характерно для процесса демографической модернизации, начавшегося в начале XXI века.

В 2023 году в России было выполнено около 156 тыс. абортов по желанию женщины [31. В 2024 году зарегистрировано ~338 367 прерываний беременности, что несколько меньше, чем в 2023 году (~362 383) [32]. Одновременно рынок экстренной и медикаментозной контрацепции в 2023 году вырос более чем в 2,3 раза по сравнению с 2019 годом (почти 3 млн упаковок против 1,3 млн) [33]. Эти данные указывают на устойчивое применение контрацепции и значимое число абортов, что влияет на репродуктивный выбор, откладывание беременности и снижение рождаемости.

Данные за 2005–2024 годы демонстрируют устойчивую и выраженную тенденцию сокращения числа абортов в России. В 2005 году в стране было зарегистрировано 1 675,7 тыс. прерываний беременности. Уже к 2010 году количество абортов снизилось до 1 186,1 тыс., то есть почти на треть по сравнению с началом периода наблюдения. В последующие годы динамика характеризовалась продолжением постепенного снижения. К 2015 году число абортов уменьшилось до 848,2 тыс., а к 2018 году — до 661,0 тыс., что указывает на существенное, более чем двукратное, сокращение по сравнению с 2005 годом.

Такие изменения связывают с расширением доступа к современным методам контрацепции, развитием службы планирования семьи, обязательным консультированием женщин, обращающихся за прерыванием беременности, а также общими демографическими сдвигами.

В 2022–2023 годах продолжается снижение числа абортов: 503,8 тыс. в 2022 году и 467,6 тыс. в 2023 году. Это отражает снижение более чем в 3,5 раза по сравнению с 2005 годом. Предварительные данные за 2024 год показывают дальнейшее уменьшение — до 338,4 тыс. случаев, что является минимальным значением за весь период наблюдения.

Таким образом, за 19-летний период в России отмечается выраженное сокращение числа абортов — более чем в 4,9 раза. Тенденция остаётся устойчивой, однако требует дальнейшего комплексного анализа, поскольку снижение связано не только с улучшением контрацептивной культуры, но и с уменьшением общей численности женщин репродуктивного возраста, снижением рождаемости и изменениями структуры заболеваемости. Однако следует учитывать, что методология подсчёта и прозрачность статистики вызывают вопросы, таблица 3.

Таблица 3. Число абортов в России за отдельные годы



РЗН

Год	Число аборт (тыс. случаев)	
2005	1675,7	
2010	1186,1	
2015	848,2	
2016	836,6	
2017	779,8	
2018	661,0	
2022	503,8	
2023	467,6	
2024*	338,4	

*Данные за 2024 год — предварительные по Минздраву.

В последние годы в России сохраняется тенденция роста риска самопроизвольного прерывания беременности в старших возрастных группах и у женщин с отягощённым акушерским анамнезом. Согласно данным российского исследования 2025 года, выполненного по дизайну «случай–контроль», возраст матери и число предыдущих выкидышей остаются значимыми факторами риска ранней потери беременности: с увеличением возраста вероятность самопроизвольного аборта статистически возрастает, а наличие одного или нескольких выкидышей в анамнезе существенно повышает риск повторного неблагоприятного исхода.

По данным российских СМИ, основанных на официальных медицинских сводках, в 2024 году в стране отмечено увеличение доли самопроизвольных потерь беременности по сравнению с предыдущими годами: около 12 % клинически подтверждённых беременностей завершались выкидышем, при этом более 90 % из них происходили до 12-й недели гестации. Эти показатели сопоставимы с международными данными, однако демонстрируют тенденцию к росту ранних репродуктивных потерь, что имеет важное значение для оценки репродуктивного здоровья женщин и планирования профилактических мероприятий [34,35].

Многие хронические заболевания проявляются на протяжении всей беременности, родов и послеродового периода; наиболее частыми осложняющими факторами остаются анемия, сахарный диабет, венозные нарушения, а также отёки, протеинурия и гипертензивные расстройства. Высоким остаётся риск заболеваний мочеполовой системы, а серьёзную угрозу жизни продолжают представлять кровотечения в послеродовом и послеродовом периодах и нарушения родовой деятельности.

По данным сборника Росстат «Здравоохранение в России – 2023», отражающим показатели за 2022 год, состояние здоровья беременных, рожениц и родильниц характеризуется сочетанием устойчиво высокого уровня медицинского наблюдения и нарастающей распространённости хронических состояний. Охват женщин пренатальным наблюдением остаётся стабильно высоким, увеличивается доля обследований на сифилис и других скринингов в I триместре беременности. Вместе с тем, фиксируется рост частоты сахарного диабета, гипертензивных расстройств и других хронических заболеваний, усложняющих течение беременности и родов. Эти тенденции указывают на повышение клинической нагрузки на систему акушерско-гинекологической помощи и подчёркивают необходимость усиления профилактики, ранней диагностики и междисциплинарного наблюдения беременных с факторами риска. [36].



РЗН

Вызывает озабоченность рождение детей у несовершеннолетних матерей, возраст которых, по мнению большинства специалистов, не является оптимальным для первой беременности (наилучшим считается возраст от 19 лет). В 2023 году в России 8,9 тыс. девочек в возрасте 12–17 лет стали матерями. Из них примерно 8,3 тыс. состояли в статусе первенцев, а 580 родили второго ребёнка и 36 — третьего ребёнка. Среди девушек 15–17 лет около 3,1 тыс. беременностей завершились абортom или выкидышем; для девушек до 14 лет таких случаев было 204. Эти цифры демонстрируют, что подростковая беременность остаётся значимой социальной и репродуктивной проблемой, поскольку возраст матери в таком случае не соответствует оптимальным условиям для первой беременности и нередко сопряжён с повышенными рисками для здоровья матери и ребёнка [37].

По данным последних лет, в структуре пренатальных потерь в России значительную роль продолжают занимать спонтанные аборты — непроизвольные прерывания беременности на сроке до 22 недель гестации (международные критерии). Спонтанный аборт остаётся наиболее частым осложнением ранней гестации, а его частота повышается с возрастом женщины. За последние два года отмечено увеличение доли самопроизвольных потерь, особенно среди женщин старшего репродуктивного возраста, что связано с ростом распространённости хронических заболеваний, эндокринных нарушений и увеличением числа беременностей после 35 лет. В крупных регионах, включая Москву, доля спонтанных абортomов может достигать 40–50 % среди всех абортomов, что соответствует уровню, наблюдавшемуся в 2010-е годы.

Клинически подтверждённые ранние потери беременности включают спонтанные аборты, диагностируемые после визуализации гестационного мешка или эмбриона, и составляют в среднем 10–20 % всех беременностей. Однако при учёте биохимических потерь — ультранальных прерываний, выявляемых только по кратковременному повышению уровня хорионического гонадотропина (ХГЧ) при отсутствии клинических признаков и данных ультразвуковой визуализации, — общий уровень ранних репродуктивных потерь достигает 30–50 %.

Биохимические потери отражают нарушение имплантации или ранние эмбриональные аномалии и не включаются в официальную статистику самопроизвольных абортomов, однако имеют существенное значение для оценки репродуктивного здоровья и факторов риска невынашивания беременности. Такие случаи составляют значительный резерв для снижения пренатальных потерь и требуют комплексного анализа причин и состояния здоровья женщин репродуктивного возраста. Биохимические потери могут быть маркёром: хромосомных нарушений у эмбриона (основная причина); иммунологических нарушений; недостаточной имплантации; эндокринных нарушений; снижения овариального резерва; факторов образа жизни и внешних воздействий.

Вынужденные аборты по медицинским показаниям сохраняют стабильную частоту — около 1–1,2 % от всех завершённых беременностей. Основными причинами выступают тяжёлые соматические заболевания матери, угрожающие её жизни состояния, а также выявленные при пренатальных обследованиях пороки развития плода. В последние годы увеличивается число случаев прекращения беременности в связи с генетическими и хромосомными аномалиями плода, что связано как с ростом возраста беременных, так и с расширением возможностей дородовой диагностики. Наблюдаемые изменения подчёркивают необходимость совершенствования системы профилактики, раннего выявления факторов риска и междисциплинарного сопровождения беременных с осложнённым фоном здоровья [36].

	РЕГИОНАЛЬНАЯ ОБЩЕСТВЕННАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ИНВАЛИДОВ "ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА"	Социально значимая программа (проект) на 2025-2030 гг.	Версия 2025 г.
---	--	--	--------------------------------------

РЗН

Федеральная система учёта абортивных исходов в России была создана с целью снижения пренатальных потерь за счёт более точного анализа структуры спонтанных, вынужденных (по медицинским и социальным показаниям) и медико-генетически обусловленных прерываний беременности. Для этого была разработана и длительное время применялась годовая Форма федерального статистического наблюдения № 13 «Сведения о беременности с абортивным исходом», позволявшая дифференцированно учитывать все категории аборт и ранних потерь плода.

До 2021 года форма № 13 являлась основным источником данных о распространённости спонтанных абортов, медицинских абортов, социально обусловленных прерываний беременности и пренатальных потерь на ранних сроках. Однако в ходе реформирования системы федеральной медицинской отчётности её структура была пересмотрена. С 2022 года Форма № 13 официально заменена современными электронными формами, интегрированными в Единую государственную информационную систему в сфере здравоохранения (ЕГИСЗ). При этом учёт абортивных исходов не прекращён: его функции полностью сохранены в обновлённых форматах отчётности.

В настоящее время сбор данных осуществляется через следующие формы:

- Форма № 32 «Сведения о медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам»;
- Форма № 14 «Сведения о деятельности акушерско-гинекологической службы»;
- автоматизированные модули ЕГИСЗ «Репродуктивное здоровье» и «Абортивные исходы».

Эти формы включают расширенный набор индикаторов, ранее учитывавшихся формой № 13, поэтому возможность анализа структуры абортов — спонтанных, медицинских, социальных и медико-генетических — полностью сохранена и адаптирована к современным цифровым системам. Таким образом, дифференциальный учёт абортивных исходов продолжает оставаться важным инструментом мониторинга пренатальных потерь и планирования мер по укреплению репродуктивного здоровья населения [38].

В настоящий период в Российской Федерации до 2030 года реализуются следующие основные меры, направленные на повышение воспроизводства и увеличение естественного прироста населения:

- в рамках федерального проекта «Охрана материнства и детства» повышается качество и доступность медицинской помощи гражданам, планирующим ребёнка, беременным женщинам и детям; реализуется создание новых женских консультаций и модернизация перинатальных центров [39].
- утверждена Стратегия действий по реализации семейной и демографической политики до 2036 года, предусматривающая меры по укреплению репродуктивного здоровья, расширению услуг планирования семьи и повышению рождаемости [40].
- методы профилактики абортов и поддержки беременных женщин, находящихся в сложной жизненной ситуации, включают межведомственные рекомендации и социально-медицинскую помощь: Министерство здравоохранения Российской Федерации



РЗН

разработало методические указания по взаимодействию медорганизаций и социальных служб с целью сокращения числа абортс [41].

Эти меры образуют комплексный подход: улучшению акушерско-гинекологической помощи и репродуктивного здоровья, снижению числа ранних пренатальных потерь и абортс, внедрению скринингов и профилактических программ, а также усилению социальной поддержки семей и беременных.

Литература

1. World Health Organization. Reproductive health. URL: <https://www.who.int/health-topics/reproductive-health> (дата обращения: 16.11.2025).
2. World Health Organization. Message from the Director – Outlook for 2024. Programme of Research, Development and Research Training in Human Reproduction (HRP). 29 February 2024. URL: <https://www.who.int/news/item/29-02-2024-message-from-the-director-february-2024> (дата обращения: 17.11.2025).
3. World Health Organization. Sexual and reproductive health and rights. URL: <https://www.who.int/health-topics/sexual-and-reproductive-health-and-rights> (дата обращения: 17.11.2025).
4. Ведомости. В программу диспансеризации с 2024 года включают оценку репродуктивного здоровья. URL: <https://www.vedomosti.ru> (дата обращения: 17.11.2025).
5. Правительство Российской Федерации. Стратегия действий по реализации семейной политики в Российской Федерации. URL: <https://government.ru/docs/54573/> (дата обращения: 17.11.2025).
6. Минздрав РФ. Методические рекомендации «Репродуктивное здоровье и менопауза». URL: https://praesens.ru/files/2024/doc/Pamyatka_Skrining.pdf (дата обращения: 18.11.2025).
7. РБК. Минздрав предложил начать оценку репродуктивной функции подростков до 14 лет. URL: <https://www.rbc.ru> (дата обращения: 17.11.2025).
8. World Health Organization. Reproductive health indicators: guidelines for their generation, interpretation and analysis for global monitoring. WHO, 2006. URL: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/924156315x/en/> (дата обращения: 18.11.2025).
9. Контур.Норматив. Методические рекомендации «Сохранение и укрепление репродуктивного здоровья работающих граждан». URL: <https://normativ.kontur.ru/document?documentId=481204> (дата обращения: 18.11.2025).
10. Frontiers in Aging. Impact of advancing paternal age on semen quality and DNA fragmentation. 2025. URL: <https://www.frontiersin.org/journals/aging/articles/10.3389/fragi.2025.1603916/full> (дата обращения: 18.11.2025).
11. Frontiers in Endocrinology. Global burden and age-related trends of male infertility, 1990–2020. 2025. URL: <https://www.frontiersin.org/journals/endocrinology/articles/10.3389/fendo.2025.1506229/full> (дата обращения: 18.11.2025).



РЗН

12. World Journal of Men's Health. Key research directions in male reproductive health: varicocele, oxidative stress, DNA fragmentation. 2025. URL: <https://wjmh.org/DOIx.php?id=10.5534/wjmh.250006> (дата обращения: 18.11.2025).
13. Journal of Men's Health. Age-related testosterone decline and impairment of spermatogenesis. 2024. URL: <https://www.jomh.org/articles/10.22514/jomh.2024.123> (дата обращения: 18.11.2025).
14. Интерфакс. Минздрав РФ оценил число женщин репродуктивного возраста в стране в 34,3 млн. 21 января 2025. URL: <https://www.interfax.ru/russia/1003890> (дата обращения: 19.11.2025).
16. ТАСС. Число женщин репродуктивного возраста в РФ сократилось на 1,5 млн с 2020 года. 2024. URL: <https://tass.ru/obschestvo/22930929> (дата обращения: 19.11.2025).
15. StatData. Население России по полу и возрасту. 2022. URL: https://www.statdata.ru/nasel_pol_vozr (дата обращения: 19.11.2025).
18. Росстат. Женщины и мужчины России. Статистический сборник 2024. URL: https://rosstat.gov.ru/storage/mediabank/Wum_Man_2024.pdf (дата обращения: 19.11.2025).
16. Росстат. Таблица 16. Средний возраст женщины при рождении ребёнка по Российской Федерации. URL: <https://docs.cntd.ru/document/1310947256/titles/7DK0KA> (дата обращения: 20.11.2025).]
17. Т—Ж. Средний возраст рождения первого ребёнка в России — 26,75 года. URL: <https://t-j.ru/birth-age/> (дата обращения: 20.11.2025).].], а к 2023 году средний возраст матерей при рождении ребёнка достиг 29 лет
18. ТАСС. Средний возраст матерей в России с 2013 года увеличился на 3,6 % — до 29 лет в 2023 году. URL: <https://tass.ru/obschestvo/22402255> (дата обращения: 20.11.2025)
19. Здравоохранение в России. 2019: Стат.сб./Росстат. -М., 2019. -170 с.
20. Коммерсантъ. В 2023 году уровень рождаемости в России составил 8,7 на 1000 человек. URL: <https://www.kommersant.ru/doc/6523337> (дата обращения: 21.11.2025).
21. Минфин России (Информационный портал). Рождаемость в России в первом полугодии 2024 года. URL: <https://www.iminfin.ru/news/589-rozhdaemost-v-rossii-v-pervom-polugodii-2024-goda> (дата обращения: 21.11.2025).
22. ТАСС. Ключевой показатель рождаемости в России рухнул на дно за 19 лет: СКР в 2024 году. URL: <https://www.moscowtimes.ru/2025/08/13/klyuchevoi-pokazatel-rozhdaemosti-vrossii-ruhnul-nadno-za19-let-a171564> (дата обращения: 21.11.2025).
23. Федеральная служба государственной статистики (Росстат). Демографический ежегодник России: статистический сборник / Росстат. URL: <https://eng.rosstat.gov.ru/storage/mediabank/DEM23.pdf> (дата обращения: 21.11.2025).
24. Росинфостат. Демографический прогноз Росстата: динамика рождаемости и естественного прироста. URL: <https://rosinfostat.ru/rozhdaemost/#i-8> (дата обращения: 21.11.2025).
25. РБК. Среди молодёжи растёт заболеваемость 17 видами рака. URL: <https://www.rbc.ru/life/news/66ab89519a794780f9fb387> (дата обращения: 22.11.2025).
26. Динамика возрастных показателей заболеваемости раком яичника среди женщин России по возрастным группам (2011–2022 гг.) // Вопросы онкологии. — 2025. — Т. 71, № 2. — С. 306–317. — DOI: 10.37469/0507-3758-2025-71-2-306-317.



РЗН

27. ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр профилактической медицины». Растёт количество случаев колоректального рака на стадии метастазирования среди молодых людей. URL: <https://gnicpm.ru/articles/terapevt-news/rastet-kolichestvo-sluchaev-kolorektalnogo-raka-na-stadii-metastazirovaniya-sredi-molodyh-lyudej.html> (дата обращения: 22.11.2025)
28. Интерфакс. В России в 2023 году впервые выявлены случаи ВИЧ-инфекции преимущественно у людей среднего возраста // Интерфакс. 2024. URL: <https://www.interfax.ru/russia/964459> (дата обращения: 21.11.2025).
29. Ларанский р-н. Неделя профилактики инфекций, передающихся половым путём... URL: <https://laganrb.ru/articles/226-nedelya-profilaktiki-infektsij-peredayushchikhsya-polovym-putem-14-20-iyulya.html> (дата обращения: 21.11.2025)
30. Здравоохранение в России. 2019: Статистический сборник / Росстат. – М., 2019. – 170 с. URL: <https://rosstat.gov.ru/folder/210/document/13223> (дата обращения: 21.11.2025).
31. ТАСС. В РФ в 2023 году по желанию женщин выполнено 156 тыс. аборт. URL: <https://tass.ru/obschestvo/22402357> (дата обращения: 22.11.2025)..
32. РИА Новости. В России сократилось число аборт: в 2024 г. — 338 367 случаев, в 2023 г. — 362 383. URL: <https://ria.ru/20250528/rossija-2019460405.html> (дата обращения: 22.11.2025).
33. Верстка. Медиа. Медикаментозный аборт: в России рекорд — в 2023 г. рост оборота контрацептивов в 2,3 раза. URL: <https://verstka.media/preparaty-medikamentozny-abort-ekstrennaya-kontratsersia> (дата обращения: 22.11.2025)
34. Каждая восьмая беременность в России заканчивается выкидышем: 91 % случаев происходит до 12-й недели. Точно. Ст. (Tochno.st). 2024. URL: <https://tochno.st/materials/kazdaia-vosmaia-beremennost-v-rossii-zakancivaetsia-vykidysem-91-sluchaev-proisxodit-do-12-i-nedeli>(дата обращения: 22.11.2025)
35. Современные тенденции самопроизвольных потерь беременности и факторы риска. Эпидемиология и вакцинопрофилактика. 2025. URL: <https://www.epidemvac.ru/jour/article/view/2258> (дата обращения: 22.11.2025).
36. Росстат. Здравоохранение в России. 2023: Статистический сборник. — М.: Росстат, 2023. — 170 с. URL: <https://rosstat.gov.ru/folder/210/document/13223> (дата обращения: 17.11.2025).
37. Исследование: в 2023 году почти 9 тыс. несовершеннолетних россиянок стали матерями // Такие дела. 18 окт. 2024. URL: <https://takiedela.ru/news/2024/10/18/nesovershennoletnie-mamy/> (дата обращения: 17.11.2025).
38. Министерство здравоохранения РФ. Приказ от 30.12.2021 № 1256н «Об утверждении форм федерального статистического наблюдения...» (включая формы № 14, № 32; отмена устаревших форм № 13). URL: <https://minzdrav.gov.ru/documents/1256n> (дата обращения: 17.11.2025).
39. Министерство здравоохранения Российской Федерации. Структура и ключевые мероприятия федерального проекта «Охрана материнства и детства». URL: <https://minzdrav.gov.ru/poleznye-resursy/natsionalnye-proekty-rossii-prodolzhitelnaya-i-aktivnaya-zhizn-novye-tehnologii-sberezheniya-zdorovya/struktura-i-klyuchevye-meropriyatiya-federalnogo-proekta-ohrana-materinstva-i-detstva> (дата обращения: 17.11.2025).



РЗН

40. Правительство Российской Федерации. Стратегия действий по реализации семейной и демографической политики Российской Федерации до 2036 года. URL: <https://government.ru/docs/54573/> (дата обращения: 17.11.2025).
41. КонсультантПлюс. Методические указания Министерства здравоохранения Российской Федерации по взаимодействию медицинских организаций и социальных служб с целью профилактики аборт и поддержки беременных женщин, оказавшихся в трудной жизненной ситуации. URL: <https://www.consultant.ru/legalnews/29139/> (дата обращения: 17.11.2025).

Раздел III. Перинатальное акушерство

Перинатальное акушерство — это комплексный медицинский и организационный подход, охватывающий здоровье матери и ребёнка от позднего антенатального этапа до завершения раннего неонатального периода. Оно включает диагностику, профилактику, лечение, ведение беременности и родов, а также обеспечение безопасных условий для рождения и ранней адаптации новорождённого.

В соответствии с определением ВОЗ, перинатальный период включает:

- с 22 недель беременности (154-й день гестации);
- до 7 суток после рождения (168 часов) [1].

Основная задача перинатального акушерства — снижение материнской, перинатальной и ранней неонатальной заболеваемости и смертности за счёт сочетания клинических, профилактических и организационных мероприятий.

Принципиальное отличие перинатального акушерства и всей перинатальной идеологии в том, что приоритетность интересов и матери и плода оказывается в равной степени.

Актуальность

Воспроизводство населения напрямую зависит от уровня репродуктивных потерь, включающих утрату продуктов зачатия на всех этапах беременности, мертворождаемость, перинатальную и младенческую смертность. Это комплексное понятие охватывает широкий спектр утрат: биохимические беременности, ранние и поздние самопроизвольные выкидыши, антенатальную гибель плода, перинатальные потери, искусственные аборты по медицинским и социальным показаниям, а также мертворождения и смерть детей в возрасте до одного года.

Показатели младенческой и материнской смертности являются важными индикаторами демографического благополучия и качества медицинской помощи.

Младенческая смертность (0-1 год) отражает состояние перинатальной службы, социальные условия и уровень здоровья детского населения, тогда как **материнская смертность** характеризует безопасность материнства и эффективность акушерской помощи.

Однако эти показатели охватывают только часть репродуктивных потерь и не исчерпывают их полного содержания.



РЗН

С позиций потенциальной демографии репродуктивные потери имеют особое значение, поскольку нерождённые дети и умершие младенцы представляют собой невосполнимую утрату жизненного потенциала популяции. Такие утраты ведут к безвозвратному снижению репродуктивного, трудового, интеллектуального и оборонного человеческого капитала уже на самом начале жизненного пути, что делает проблему репродуктивных потерь одной из ключевых в оценке демографической устойчивости общества [2].

Снижение репродуктивных потерь выступает одним из ключевых критериев эффективности социально-экономического развития и важнейшим резервом улучшения репродуктивно-демографической ситуации в стране.

В «Стратегии национальной безопасности Российской Федерации» подчёркивается, что для противодействия угрозам в сфере охраны здоровья граждан органы государственной власти совместно с институтами гражданского общества обязаны обеспечивать развитие системы охраны материнства и детства как приоритетного направления государственной политики [3].

Эпидемиологические данные по суммарным репродуктивным потерям

В современной демографической ситуации Российской Федерации суммарные репродуктивные потери остаются значимым фактором, влияющим на воспроизводство населения.

Достоверная и полная статистика суммарных потерь в РФ за последние годы не представлена в открытых национальных отчётах, однако фрагментарные данные позволяют оценить направление динамики и её влияние на демографические показатели.

По расчётам демографических аналитиков, совокупные «потери потенциальных рождений» в Российской Федерации в 2011 г. составили около 429,7 тыс. случаев, что соответствовало 23,9 % от общего числа рождений. Эти данные демонстрируют значительный вклад аборт и других форм утрат в структуру репродуктивных потерь и указывают на сохраняющуюся демографическую нагрузку 4. В последние годы зарегистрировано постепенное снижение числа искусственных абортов, однако доля самопроизвольных прерываний беременности остаётся стабильной или растёт. Так, в период 2018–2023 гг. около 10–11 % клинически подтверждённых беременностей завершались выкидышем, а к 2024 году показатель впервые превысил 12 %, что означает, что каждая восьмая беременность заканчивается утратой на ранних сроках. 5.

Эти значения сопоставимы с международными данными, но сохраняют высокую значимость для национальной перинатальной службы.

Ситуация с перинатальными потерями в целом демонстрирует тенденцию к снижению на фоне внедрения международных критериев живорождения, однако региональная вариативность остаётся высокой. В отдельных субъектах фиксируются показатели перинатальной смертности свыше 10–12 %, тогда как средний уровень по стране в последние годы держится в пределах 6–7 %. 6.

При этом исследования подчёркивают, что переход на международные критерии регистрации позволил выявлять больше случаев экстремально ранних исходов гестации, что частично объясняет изменения структуры показателей [7]. Таким образом, несмотря на отсутствие



РЗН

полного консолидированного показателя суммарных репродуктивных потерь за последние годы, эпидемиологические данные указывают на ряд устойчивых тенденций:

- сохраняется значительная доля ранних самопроизвольных прерываний беременности;
- абортная нагрузка снижается, но продолжает вносить вклад в структуру потерь;
- перинатальная смертность демонстрирует тенденцию к постепенному уменьшению, однако остаётся критически важным индикатором качества акушерско-перинатальной помощи;
- региональные различия в показателях репродуктивных потерь требуют учёта при оценке потребностей здравоохранения.

Эти особенности подтверждают высокую актуальность изучения факторов репродуктивных потерь и обоснованность разработки комплексных мероприятий по их снижению.

Основные направления перинатального акушерства охватывают широкий комплекс мероприятий, направленных на обеспечение благоприятного исхода беременности и родов.

Ключевыми компонентами являются:

- 1.1 Пренатальная диагностика и наблюдение, включающие раннее выявление врождённых аномалий и факторов риска осложнений, а также своевременную оценку состояния плода и матери.
- 1.2. Ведение беременности высокого риска предусматривает специализированный мониторинг и коррекцию гестационных, соматических, инфекционных и иммунологических нарушений, что обеспечивает снижение вероятности неблагоприятных перинатальных исходов.
- 1.3. Организация перинатальной помощи, основанная на многоуровневой системе маршрутизации беременных, регионализации акушерско-неонатальной помощи и стандартизации клинических протоколов.
- 1.4. Акушерская тактика в родах направлена на выбор оптимального метода родоразрешения с учётом состояния матери и плода, управление рисками и применение современных технологий для обеспечения безопасности родового процесса.
- 1.5. Неонатальная помощь, включающая стабилизацию, наблюдение и интенсивную терапию новорождённых, особенно недоношенных и требующих специализированного выхаживания.
- 1.6. Профилактика перинатальных осложнений объединяет меры, направленные на снижение частоты гипоксии плода, инфекционных осложнений, преждевременных родов и других неблагоприятных факторов.

1.1. Пренатальная диагностика и наблюдение



РЗН

Пrenatalная диагностика и наблюдение представляют собой ключевое направление перинатального акушерства, направленное на раннее выявление нарушений развития плода, оценку состояния беременной женщины и прогнозирование возможных осложнений гестации. Скрининг I и II триместра, включающий ультразвуковое исследование и определение биохимических маркеров (РАРР-А, β -ХГЧ, АФР, эстриол), позволяет своевременно обнаруживать врождённые пороки развития, маркеры хромосомных аномалий и оценивать вероятность генетических нарушений. Значимую роль играет доплерометрия маточно-плацентарного кровотока, обеспечивающая оценку сосудистого сопротивления в маточных, пупочных и мозговых артериях плода, что даёт возможность выявлять фетоплацентарную недостаточность, угрозу задержки роста плода и ранние признаки гипоксии.

Дополнительную функциональную оценку состояния плода обеспечивает кардиотокография (КТГ), регистрирующая частоту сердечных сокращений плода и маточные сокращения, позволяя выявлять признаки дистресса и контролировать состояние плода в III триместре.

Важное место занимает пренатальная генетическая диагностика, включающая неинвазивный пренатальный тест (анализ свободной ДНК плода) и инвазивные методы — амниоцентез и биопсию хориона, которые обеспечивают высокоточную диагностику хромосомных и наследственных заболеваний.

Существенной частью пренатального наблюдения является выявление факторов высокого риска осложнений беременности, таких как преэклампсия, гестационный диабет, фетоплацентарная недостаточность и многоплодие. Их своевременная идентификация позволяет оптимизировать тактику наблюдения, назначить профилактические мероприятия и снизить вероятность развития тяжёлых перинатальных осложнений [8,9]..

1.2. Ведение беременности высокого риска

Осложнения беременности, такие как преэклампсия и другие гипертензивные расстройства, гестационный диабет, анемия беременных, инфекционные осложнения, резус-сенсibilизация и внутриутробная задержка роста плода (ВЗРП), представляют собой критические направления в перинатальной медицине.

Преэклампсия — это мультисистемное патологическое состояние, возникающее после 20-й недели беременности, включающее повышение артериального давления и протеинурию [10].

Гестационный диабет характеризуется впервые выявленным нарушением углеводного обмена во время беременности и увеличивает риск макросомии плода, кесарева сечения и перинатальных осложнений [11].

Анемия беременных снижает кислородную доставку плоду и матери, что часто приводит к осложнениям, включая задержку роста плода и преждевременные роды.

Инфекционные осложнения включают вертикальную передачу возбудителей от матери к плоду, что может вызвать выкидыш, врождённые пороки и серьёзные неонатальные заболевания [12]. Резус-сенсibilизация возникает при несовместимости по резус-фактору матери и плода и может привести к гемолитической болезни плода и новорождённого. Наконец, ВЗРП определяется как состояние, когда размеры плода существенно отстают от

	РЕГИОНАЛЬНАЯ ОБЩЕСТВЕННАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ИНВАЛИДОВ "ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА"	Социально значимая программа (проект) на 2025-2030 гг.	Версия 2025 г.
---	--	---	-----------------------

РЗН

установленных нормативов для данного срока беременности (ниже 10-го перцентиля), чаще всего вследствие фетоплацентарной недостаточности, материнской патологии или инфекций [13].

1.3. Организация перинатальной помощи

В системе акушерско-перинатальной помощи Российской Федерации выделяются следующие ключевые организационные механизмы:

- трёхуровневая система оказания перинатальной помощи;
- маршрутизация беременных в зависимости от степени риска;
- стандартизация с применением клинических рекомендаций Министерство здравоохранения Российской Федерации.

Трёхуровневая система основана на разделении учреждений на I уровень (женские консультации и родильные дома для беременных с низким риском и физиологическим течением); II уровень (родильные дома и акушерские стационары для беременных с осложнениями средней тяжести) и III уровень (профильные перинатальные центры для высоко рискованных беременностей и новорождённых с тяжёлыми состояниями).

Маршрутизация беременных предполагает направление женщины в ту медицинскую организацию, которой соответствует степень её акушерско-перинатального риска. При выявлении осложнений, соматической патологии или экстремальных состояний осуществляется перевод к учреждениям более высокой квалификации или с профильным оснащением.

Стандартизация и клинические рекомендации Минздрава РФ предусматривают обязательное применение приказов и порядков оказания медицинской помощи, включающих территориальные схемы маршрутизации, критерии для разных уровней учреждения и требования к наблюдению беременных [14].

1.4. Акушерская тактика в родах

Акушерская тактика в родах направлена на обеспечение максимально безопасного родоразрешения для матери и плода. Ключевым элементом является выбор оптимального способа родоразрешения, включающий ведение физиологических вагинальных родов либо выполнение кесарева сечения при наличии медицинских показаний.

Ведение преждевременных родов предусматривает профилактику респираторного дистресс-синдрома плода, применение токолитиков, антенатальных кортикостероидов и своевременное принятие решения о тактике родоразрешения.

Существенное значение имеет профилактика кровотечений в III периоде родов и раннем послеродовом периоде, включающая активное ведение третьего периода, применение утеротоников и мониторинг состояния родильницы.

Анестезиологическое обеспечение родов предполагает использование современных методов обезболивания (эпидуральная аналгезия, регионарная анестезия), позволяющих снизить стрессовую нагрузку и улучшить материнско-плодовые исходы.



РЗН

Важной частью современной перинатальной помощи является командное ведение критических состояний (массивное акушерское кровотечение, эклампсия, сепсис), основанное на междисциплинарном взаимодействии акушеров-гинекологов, анестезиологов-реаниматологов и неонатологов, что обеспечивает своевременность и полноту интенсивной терапии [15].

1.5. Неонатальная помощь

Неонатальная помощь направлена на обеспечение оптимальной адаптации новорождённого к внеутробной жизни и предупреждение ранних осложнений. Первичная оценка состояния новорождённого по шкале Apgar позволяет быстро определить степень адаптационных возможностей, необходимость реанимационных мероприятий и объём дальнейшего наблюдения.

Важным компонентом является ранний неонатальный скрининг, включающий аудиологическое обследование, определение эндокринных нарушений (в первую очередь врождённого гипотиреоза и адреногенитального синдрома), а также тестирование на наследственные заболевания в рамках расширенных программ.

Неотъемлемой частью уходовых мероприятий выступает поддержка дыхания и терморегуляции, направленная на профилактику гипоксии и гипотермии, что особенно важно для детей с низкой массой тела и недоношенных.

Ведение недоношенных детей включает комплекс специализированных мероприятий:

- проведение неонатальной интенсивной терапии (НИИТ);
- применение методов респираторной поддержки, таких как СРАР или ИВЛ;
- использование сурфактантной терапии при респираторном дистресс-синдроме;
- внедрение метода «кенгуру», способствующего стабилизации физиологических функций, снижению риска инфекционных осложнений и улучшению нейроразвития.

Существенное значение имеет профилактика инфекций у новорождённого, включающая соблюдение протоколов асептики, раннее выявление и лечение врождённых и госпитальных инфекций, а также применение антимикробной профилактики в группах высокого риска. Совокупность этих мероприятий обеспечивает снижение неонатальной заболеваемости и смертности, улучшая качество перинатальной помощи [16].

1.6. Профилактика перинатальных осложнений

Профилактические мероприятия в перинатальном акушерстве направлены на снижение риска инфекционных, соматических и гестационных осложнений, оказывающих влияние на течение беременности и перинатальные исходы.

Важным компонентом является профилактика передачи ВИЧ, сифилиса и вирусных гепатитов В и С, включающая обязательное серологическое обследование беременных, своевременное назначение антиретровирусной терапии при ВИЧ-инфекции, специфическую профилактику сифилиса, а также вакцинацию против гепатита В у неиммунных женщин.



РЗН

Значимую роль играет профилактика преэклампсии, включающая применение низких доз ацетилсалициловой кислоты, начиная с 12 недель беременности у женщин с высоким риском, что доказанно снижает частоту тяжёлых форм заболевания и связанных с ним перинатальных осложнений.

Комплекс мер по профилактике преждевременных родов включает коррекцию инфекционно-воспалительных заболеваний, использование прогестерона у женщин группы риска, оценку и лечение истмико-цервикальной недостаточности, а также модификацию факторов образа жизни.

Неотъемлемой частью прегестационного и гестационного сопровождения является управление хроническими заболеваниями женщины — артериальной гипертензией, сахарным диабетом, заболеваниями щитовидной железы, почек, сердечно-сосудистой системы. Оптимизация контроля хронической патологии улучшает материнские и перинатальные исходы, снижая вероятность гипоксии плода, задержки роста и осложнённого течения родов. Таким образом, комплексный профилактический подход формирует основу для снижения репродуктивных потерь и повышения эффективности перинатальной помощи [17].

Классификация акушерских рисков

Для эффективного функционирования перинатальной службы используется классификация акушерских рисков, позволяющая стратифицировать женщин по уровням опасности и индивидуализировать тактику наблюдения. Современная модель выделяет следующие категории риска:

- Низкий риск — беременность протекает физиологически, без наличия соматической патологии, возраст матери находится в пределах 18–35 лет, ИМТ и показатели здоровья в норме.
- Умеренный риск — возраст матери менее 18 или более 35 лет, индекс массы тела <18 или >30 , наличие соматической патологии в стадии компенсации.
- Высокий риск — анамнез преэклампсии, наличие задержки внутриутробного роста плода (ВЗРП), сахарный диабет, многоплодие, оперативные вмешательства на матке, резус-конфликт.
- Очень высокий риск — наличие критических состояний: тяжёлая преэклампсия или HELLP-синдром, тяжёлые пороки развития плода, преждевременные роды до 30 недель, массивные кровотечения и другие жизнеугрожающие состояния.

Данная стратификация даёт возможность прогнозировать осложнения, выбирать уровень медицинской помощи и при необходимости переводить беременную в учреждение более высокой аккредитации [18].

Российская модель перинатальной помощи (актуально до 2030 г.)

Современная российская модель перинатальной помощи, актуальная до 2030 года, основана на трёхуровневой системе перинатальных центров, развитии телемедицины, совершенствовании маршрутизации и повышении доступности высокотехнологичной помощи [19]. I уровень — ведение физиологических беременностей, малые акушерские стационары и родильные дома низкого риска.



РЗН

- II уровень — перинатальные центры субъектов РФ для ведения беременных групп высокого риска, недоношенных ≥ 32 недель и учреждений с неонатальной реанимацией.
- III уровень — федеральные перинатальные центры для критических акушерских состояний, недоношенных < 32 недель, предоставляющие высокотехнологичные виды помощи и фетальную хирургию.

В стратегических документах до 2030 года предусмотрено развитие перинатальной системы: модернизация оборудования, внедрение цифровых систем наблюдения, повышение доступности помощи недоношенным детям, расширение неонатальных технологий и оборудования специализированных учреждений [20,21].

Эффективность перинатального акушерства оценивается по показателям перинатальной и младенческой смертности, частоты преждевременных родов, уровня мертворождаемости, структуре осложнений беременности и родов, а также по качеству и доступности неонатальной помощи, что определяет результативность системы в целом.

В Российской Федерации наблюдается устойчивое снижение **младенческой смертности** — одного из ключевых индикаторов эффективности перинатальной помощи.

В 1991 г. показатель младенческой смертности составлял 17,8. С 2015 г. наметился позитивный тренд на снижение младенческой смертности: с 6,5 на 1000 родившихся живыми до 5,1 в 2018 год, что является безусловным достижением службы охраны материнства и детства, отражающей успехи социальной политики в стране, начатой в постсоветской России [1], таблица 1.

Таблица 1. Младенческая смертность

Годы	Умершие в возрасте до 1 года, человек (оба пола)	Умершие в возрасте до 1 года на 1000 родившихся живыми
2015	12 664	6,5
2016	11 428	6,0
2017	9 577	5,6
2018	8 244	5,1

По официальным данным за 2023 год, коэффициент младенческой смертности составил 4,2 случая на 1000 родившихся живыми. При этом сообщается, что к середине 2025 года прогнозируемое значение снизилось до около 4,10 случая на 1000 живорождений [22].

В период 2015-2018 гг. увеличивалось количество родившихся живыми на 1000 женщин в возрасте 15-49 лет: 2015 г. -54,6; 2016 – 53,6; 2017 – 48,3; 2018 – 46,1. Однако, суммарный коэффициент рождаемости снижался: 1,777 в 2015 г. до 1,762 – 2016 г.; 1,621 – 2017 г. и 1,579 в 2018 г.

В период январь – июнь 2019 г. младенческая смертность в Российской Федерации снизилась на 7,8% по сравнению с 2018 г. По данным Росстата за 1-е полугодие 2019 г. умерли 3 672



РЗН

младенца (за аналогичный период 2018 г. – 4 244). За указанный период отмечалось 4,7 случая смерти на 1000 родившихся (в 2018 году - 5,1 случая).

Отдельные состояния и заболевания плода и новорождённого, возникающие в перинатальном периоде, охватывает раздел XVI ICD-10 Chapter XVI «Certain conditions originating in the perinatal period (P00-P96)». В него включены такие ситуации, как воздействие материнских факторов на плод (P00-P04), нарушения, связанные с короткой или длительной гестацией и низкой или высокой массой тела (P05-P08), родовые травмы (P10-P15), заболевания дыхательной и сердечно-сосудистой системы новорождённых (P20-P29), инфекции и сепсис новорождённых (P35-P39) и др, таблица 2.

Таблица. 2. Отдельные состояния и заболевания плода и новорожденного в перинатальном периоде

Таблица 7. МКБ 10. Класс XVI МКБ-10 (P00-P96)		
	Коды	Диагноз
1.	P 00-04	Поражение плода и новорожденного, обусловленные состояниями матери и осложнениями беременности, родов и родоразрешения, среди которых ангина, плацентарная недостаточность, отслойка плаценты (отслойка, недостаточность), проникновение токсических веществ в плод матери. <i>Внесенными правками исключены: влияние на плод и новорожденного осложнений беременности у матери; эндокринных и обменных нарушений у матери; вредных веществ, проникающих через плаценту или грудное молоко; заболевания новорожденных.</i>
2.	P 05-08	Расстройства, связанные с продолжительностью беременности и ростом плода
3.	P 10-15	Родовая травма (скелета, ЦНС и ПНС волосистой части головы)
4.	P 20-29	Дыхательные и сердечно-сосудистые нарушения, характерные для перинатального периода (неонатальная пневмония, асфиксия, внутриутробная гипоксия)
5.	P 35-39	Инфекционные болезни, специфичные для перинатального периода
6.	P 50-61	Геморрагические и гематологические нарушения у плода и новорожденного
7.	P 70-74	Преходящие эндокринные нарушения и нарушения обмена веществ, специфичные для плода и новорожденного
8.	P 75-78	Расстройства системы пищеварения у плода и новорожденного (непроходимость кишечника, энтероколит)
9.	P 80-83	Состояния, затрагивающие кожные покровы и терморегуляцию у плода и новорожденного
10.	P 90-96	Другие нарушения, возникающие в перинатальном периоде (судороги, нарушение мышечного тонуса, проблемы вскармливания, смерть по неизвестной причине, широкие швы черепа, врожденная почечная недостаточность)

По состоянию на 2019 год в данном разделе исключены группы заболеваний, которые перенесены в другие разделы ICD-10: эндокринные заболевания и нарушения метаболизма, врожденные аномалии и хромосомные aberrации, новообразования, столбняк новорождённых, травмы и отравления внешнего происхождения, коклюш.

Нововведения в этой структуре заключаются в следующем:



РЗН

- Уточнена граница применения кодов Р-раздела: если состояние новорождённого «происходит» в перинатальном периоде (внутриутробно, в родах или сразу после), то используется код из R00-R96, даже если оно проявляется позже.
- Подчёркнута взаимосвязь между состоянием матери и новорождённого: раздел R00-R04 предусматривает специальные коды для новорождённых, пострадавших вследствие состояний матери.
- Повышено значение сопоставляемости данных: использование единой классификации способствует международному сравнению перинатальной смертности и заболеваемости.

Такие изменения усиливают аналитические возможности перинатальной эпидемиологии и позволяют точнее идентифицировать связи между материнскими и неонатальными исходами [23].

Выделяют две группы причин младенческой смертности в перинатальном периоде.

Первая группа - заболевания или состояние матери или последа, патология беременности и родов, осложнения со стороны плаценты, пуповины и оболочек – преждевременная отслойка плаценты, патология пуповины и такие осложнения беременности, как токсикозы второй половины беременности, преждевременное излитие околоплодных вод, а также непосредственно осложнения родов и родоразрешения.

Вторая группа включает заболевания и состояние плода. В развитых странах основными причинами младенческой смертности из года в год остаются: отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде; врожденные аномалии (пороков развития), деформаций и хромосомных нарушений; болезни органов дыхания; и инфекционные/паразитарные болезни, но отмечается тенденция к снижению числа случаев [24], таблица 3.

Таблица 3. Структура причин младенческой смертности (человек)

	2014	2015	2016	2017	2018
Всего умерших в возрасте до одного года	3 268	2 945	2 621	2 401	2 535
из них по причинам смерти:					
отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде	2 195	1 969	1 700	1 499	1 745
болезни органов дыхания	349	261	257	267	211
врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения	483	474	484	463	421
некоторые инфекционные и паразитарные болезни	121	99	72	60	54
травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин	58	55	43	37	39
болезни нервной системы	29	37	32	30	23
болезни органов пищеварения	3	10	6	16	9

	РЕГИОНАЛЬНАЯ ОБЩЕСТВЕННАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ИНВАЛИДОВ "ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА"	Социально значимая программа (проект) на 2025-2030 гг.	Версия 2025 г.
---	--	--	--------------------------------------

РЗН

Показатель перинатальной смертности по итогам 2023 года составил 6,48 случая на 1000 родившихся (включая живых и мёртвых), из которых 5,25 ‰ приходилось на мертворождённых [25].

Ранняя неонатальная смертность является одним из ключевых показателей эффективности перинатального акушерства, поскольку напрямую отражает качество оказания акушерско-неонатальной помощи в родах и в первые часы жизни ребёнка. Она определяется как число детей, умерших в первые 0–6 дней жизни, в расчёте на 1000 живорождений и входит в структуру перинатальной смертности.

Этот показатель является одним из наиболее чувствительных маркеров работы перинатальной системы, так как зависит от своевременности реанимационных мероприятий в родильном зале, уровня оснащённости неонатальных отделений, доступности высокотехнологичной помощи, а также от правильности маршрутизации беременных высокого риска.

В большинстве стран мира, включая Россию, наблюдается устойчивая тенденция к снижению ранней неонатальной смертности, что связано с улучшением технологий выхаживания недоношенных детей, развитием перинатальных центров III уровня, внедрением сурфактантной терапии, повышением качества респираторной поддержки и стандартизацией клинических протоколов.

Структура причин ранней неонатальной смертности остаётся относительно стабильной, где ведущими являются: осложнения недоношенности, врождённые пороки развития, асфиксия и инфекционные процессы. Наиболее низкие показатели фиксируются в регионах с развитой системой перинатальных центров, активной маршрутизацией беременных и широким внедрением современных неонатальных технологий [26].

Частота преждевременных родов (на сроке менее 37 недель гестации) в Российской Федерации за последние годы составляет примерно 5–6,5 % от всех родов. При этом отмечается, что данный уровень остаётся относительно стабильным в течение последних десяти лет.

Некоторые исследования указывают, что в Германии и других странах развитых территориях частота преждевременных родов составляет около 9,6 % (одноплодная беременность) и значительно выше при многоплодии — до 57,5 % [27].

Несмотря на совершенствование перинатальной помощи, количество преждевременных родов остаётся относительно стабильным и не демонстрирует значительного снижения, что подчёркивает важность профилактических мероприятий, маршрутизации и специализированной неонатальной поддержки. Также отмечается влияние факторов риска: многоплодие, соматическая патология, инфекции, преждевременный разрыв плодных оболочек и др. [28].

Акушерские кровотечения остаются одной из наиболее частых серьёзных акушерских осложнений — по данным для Центрального федерального округа РФ частота акушерских кровотечений составляла 18,8 на 1000 родов ($\approx 1,88$ %) в 2012 году и снизилась до 5,6 на 1000 родов ($\approx 0,56$ %) к 2016 году. Другие источники указывают на диапазон частоты от 2 % до 8 % всех родов при акушерских кровотечениях.



РЗН

Частота тяжёлых акушерских осложнений в Российской Федерации остаётся значительной, несмотря на улучшение перинатальной помощи. Сведения о частоте преэклампсии в России — данные за 2022 год: показатель «гипертензивных расстройств (включая отёки и протеинурию)» составил ~7,9 % всех беременностей по данным отечественных исследований. Тяжёлые формы преэклампсии и эклампсии рассматриваются как одна из ведущих причин материнской и перинатальной смертности и инвалидизации.

Такая статистика подчёркивает необходимость усиления профилактических и лечебных мер, включающих мониторинг факторов риска, раннее выявление осложнений, стандартизацию ведения родов и оперативное акушерство [29].

Выживаемость и состояние недоношенных детей остаются важнейшими индикаторами качества неонатальной и перинатальной помощи. Согласно публикации от 17 ноября 2022 года, в городе Москва выхаживают более 98 % недоношенных детей. Кроме того, в Москве за последние два года показатель выживаемости детей с экстремально низкой массой тела (500–1000 г) увеличился на 18 %.

Несмотря на высокий общий уровень выживаемости, у недоношенных детей остаётся повышенный риск серьёзных осложнений: задержка развития, неврологические и респираторные синдромы, ухудшение качества жизни детей [30].

Операции кесарева сечения (КС) используются как жизненно важный инструмент акушерской помощи при наличии показаний для сохранения здоровья матери или ребёнка. Однако аналитики отмечают, что частота КС остаётся выше рекомендуемых уровней и не всегда соотносится с объективными медицинскими показаниями. В России, по данным отчётности за 2023 год, в акушерских стационарах зарегистрировано примерно 418,9 операций КС на каждые 1000 родов [31]. При этом эксперты подчёркивают, что около 30 % женщин имеют абсолютные показания к выполнению КС, тогда как сама доля оперативного родоразрешения значительно выше, что указывает на присутствие необоснованных вмешательств [32]. Повышение частоты КС без соответствующего медицинского обоснования может увеличивать риски для матери (инфекции, геморрагии, операционные осложнения) и новорождённого (адаптационные нарушения). Вместе с тем, при строгом соблюдении критериев показаний КС остаётся одним из ключевых средств снижения перинатальной и материнской смертности. рациональность применения КС требует улучшения анализа объективных причин, внедрения классификации по группам Классификация Робсона и разработки национальных алгоритмов оценки показаний [33].

Младенческая смертность в совокупности с уровнем материнской смертности рассматривается как один из наиболее значимых индикаторов состояния системы родовспоможения, акушерской помощи и педиатрической службы. Эти показатели взаимосвязаны: недостаточная доступность или качество акушерской помощи повышает риск тяжёлых осложнений у матери, что, в свою очередь, отражается на неонатальных исходах и увеличивает вероятность ранней неонатальной и младенческой смертности. Современные подходы ориентированы на комплексную оценку обоих показателей как единой системы безопасности материнства и детства [34].

В 2016 г. Всемирная организация здравоохранения представила новый формат классификации причин смерти в перинатальном периоде International Classification of Diseases — Perinatal Mortality (ICD-PM), условно обозначаемый в русскоязычной литературе как МКБ-ПС. Формат ICD-PM вводит связь между временным моментом смерти (антенатальным,



РЗН

интранатальным, ранним неонатальным) и материнским состоянием, что позволяет более чётко анализировать причинно-следственные механизмы между состояниями матери и перинатальными исходами, обеспечивая более точный эпидемиологический анализ и международную сопоставимость данных. В научных исследованиях подчёркивается, что внедрение ICD-PM помогает улучшить сопоставимость данных перинатальных смертей между странами и регионами [35]. Это усилило аналитические возможности эпидемического надзора и позволило более полно оценивать влияние факторов риска беременности на перинатальные и неонатальные исходы [36].

Инструмент МКБ-ПС применяется для классификации всех случаев смерти в антенатальном, интранатальном и раннем неонатальном периодах, поскольку именно они входят в перинатальный интервал. Классификация ранней неонатальной смертности должна основываться на МКБ-ПС, так как данный показатель является составной частью перинатальной смертности. Поздняя неонатальная смертность формально не относится к перинатальному периоду, однако нередко обусловлена событиями, произошедшими во время беременности или родов. Поэтому использование принципов МКБ-ПС для её оценки позволяет более точно установить связь между состоянием ребёнка и матерью и сохраняет преимущества единой аналитической системы [37].

По последним доступным международным данным, показатель младенческой смертности в Российской Федерации в 2023 г. составил 3,70 на 1000 живорождённых, демонстрируя устойчивое снижение в последние годы. Одновременно уровень материнской смертности по оценкам ВОЗ остаётся на уровне последних доступных данных за 2022 г. - значение ≈ 13 на 100 000 живорождённых, что позволяет рассматривать оба показателя в связке как отражение общей эффективности системы охраны материнства и детства [35,36].

В рамках МКБ-ПС основное состояние плода или ребенка классифицируется по категориям причин смерти с разделением на три периода (антенатальный, интранатальный, неонатальный), таблица 4.

Таблица 4: МКБ-ПС: причины перинатальной смерти и соответствующие коды МКБ-10 с разбивкой по периодам наступления смерти, и патологические состояния матери для случаев перинатальной смерти*



РЗН

Рубрики МКБ-ПС с основными причинами перинатальной смерти	Атенатальная смерть (A)		Коды МКБ-10	Патологические состояния матери		Коды МК
	A1	Врожденные аномалии [пороки развития], деформации и хромосомные нарушения	Q00–Q99	Осложнения со стороны плаценты, пуповины и плодных оболочек		P02
	A2	Инфекционные болезни	P35, P37, P39, A50	Осложнения беременности у матери		P01
	A3	Внутриутробная гипоксия	P20	Другие осложнения родов и		P03
	A4	Другие нарушения, возникающие в антенатальном периоде (включая коды для антенатального периода из рубрики геморрагические и гематологические нарушения у плода и новорожденного)	P50, P52, P55, P56, P60, P61, P70, P75, P77, P83, P96.4, Разл.	Медицинские и хирургические осложнения у матери		P00
	A5	Расстройства, связанные с ростом плода	P05, P08	Без осложнений со стороны матери		
	A6	Смерть плода по неуточненной причине	P95	* Различные: Перинатальная смерть обычно кодируется кодами P05–P96 или кодом, однако бывают случаи, когда необходимо использовать коды других разделов МКБ-10. Полный список см. в МКБ-10 (4) и МКБ-10, том II: сборник инструкций (5).		
	Интранатальная смерть (I)					
	I1	Врожденные аномалии [пороки развития], деформации и хромосомные нарушения	Q00–Q99			
	I2	Родовая травма	P10–P15			
	I3	Острое интранатальное осложнение	P20			
	I4	Инфекционные болезни	P35, P37, P39, A50			
	I5	Другие нарушения, возникающие в интранатальном периоде (включая коды для интранатального периода из рубрики геморрагические и гематологические нарушения у плода и новорожденного)	P50, P52, P55, P56, P60, P61, P70, P96, Разл.			
Рубрики МКБ-ПС с основными причинами перинатальной смерти	I6	Расстройства, связанные с ростом	P05, P07, P08	Патологические состояния матери		Коды
	I7	Смерть плода по неуточненной причине	P95			
	Неонатальная смерть (N)		Коды МКБ-10			
	N1	Врожденные аномалии [пороки развития], деформации и хромосомные нарушения	Q00–Q99			
	N2	Расстройства, связанные с ростом плода	P05, P08			
	N3	Родовая травма	P10–P15			
	N4	Неонатальные осложнения	P20, P21,			
	N5	Судороги и нарушения церебрального статуса	P90, P91			
	N6	Инфекционные болезни	P23, P35–P39			
	N7	Дыхательные и сердечно-сосудистые нарушения	P22, P24–P29			
	N8	Другие нарушения, возникающие в неонатальном периоде (включая коды для неонатального периода из рубрики геморрагические и гематологические нарушения у плода и новорожденного, переходящие эндокринные нарушения и нарушения обмена веществ, специфические для плода и новорожденного, расстройства системы пищеварения у плода и новорожденного, состояния, вовлекающие наружные покровы и терморегуляцию у плода и новорожденного, другие состояния, возникающие в перинатальном периоде)	P50–P61, P70–P78, P80–P83, P92–P94			
Рубрики МКБ-ПС с основными причинами перинатальной смерти	N9	Малая масса тела и недоношенность	P07			
	N10	Различные	* P96.4			
	N11	Неонатальная смерть по неуточненной причине	P96			

МКБ-ПС применяется к патологическим состояниям матери в случаях перинатальной смерти, таблица 5.

Таблица 5. Основные группы материнских состояний по ICD-PM (МКБ-10)

	РЕГИОНАЛЬНАЯ ОБЩЕСТВЕННАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ИНВАЛИДОВ "ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА"	Социально значимая программа (проект) на 2025-2030 гг.	Версия 2025 г.
---	--	--	----------------

РЗН

Согласно руководству ВОЗ (World Health Organization): «The WHO Application of ICD-10 to deaths during the perinatal period: ICD-PM» [33]	
Рубрики материнских состояний по МКБ-ПС	Основные материнские состояния по рубрикам*
М1: Осложнения со стороны плаценты, пуповины и плодных оболочек	1. предлежание плаценты 2. другие осложнения, связанные с отделением плаценты и кровотечением 3. дисфункция, инфаркт, недостаточность плаценты 4. синдромы плацентарной трансфузии 5. выпадение пуповины, другие виды сдавления пуповины 6. хориоамнионит 7. другие осложнения со стороны плодных оболочек
М2: Осложнения беременности у матери, связанные с самой беременностью (например, истмико-цервикальная недостаточность, преждевременный разрыв плодных оболочек)	1. цервикальная недостаточность 2. преждевременный разрыв плодных оболочек 3. олигогидрамнион/полигидрамнион 4. внематочная беременность 5. многоплодная беременность 6. смерть матери 7. неправильное предлежание плода перед родами 8. другие осложнения беременности
М3: осложнения, связанные с родами и родоразрешением	1. родоразрешение в тазовом предлежании и с экстракцией пл 2. другой вид неправильного предлежания, положен диспропорции во время родов и родоразрешения 3. родоразрешение с наложением щипцов / применением в экстрактора 4. родоразрешение с помощью кесарева сечения 5. стремительные роды 6. преждевременные роды и родоразрешение 7. другие осложнения родов и родоразрешения, включая аборт
М4: медицинские и хирургические состояния матери, которые могут быть связаны или не связаны непосредственно с беременностью (например, преэклампсия, гипертензия, диабет)	1. преэклампсия, эклампсия 2. вызванная беременностью гипертензия 3. другие гипертензивные нарушения 4. болезни почек и мочеполовой системы 5. инфекционные и паразитарные болезни 6. болезни системы кровообращения и органов дыхания 7. расстройства питания 8. травма 9. хирургическая процедура 10. другие медицинские процедуры 11. сахарный диабет у матери, включая гестационный сах диабет 12. применение анестезии и анальгезирующих средств у матери 13. терапевтические воздействия на мать 14. потребление табака, алкоголя, наркотических средств 15. использование пищевых химических веществ 16. воздействие химических веществ, содержащихся в окружа среде



РЗН

	17. неуточненное вредное воздействие на мать
М5: когда не найдены материнские состояния, способствующие перинатальной смерти	1. не выявлено осложнений (мать здорова)

Материнская смертность (число умерших от осложнений беременности, родов и послеродового периода на 100 тысяч родившихся живыми) – важный индикатор состояния системы родовспоможения и здравоохранения страны в целом. Материнская смертность остаётся одним из ключевых индикаторов эффективности системы охраны материнства и детства, серьезной проблемой любой страны и дилеммой мирового масштаба. Все усилия современного мирового сообщества сфокусированы на разработке и внедрении глобальных стратегий, направленных на ликвидацию предотвратимой материнской смертности.

Первоначально задачи по её снижению были закреплены в глобальной инициативе ООН «Цели развития тысячелетия» (Millennium Development Goals, MDG), где предусматривалось сокращение материнской смертности на 75 % к 2015 году и обеспечение всеобщего доступа к репродуктивному здоровью.

С 2015 года данные положения были полностью интегрированы в следующую международную рамочную программу — Цели устойчивого развития (Sustainable Development Goals, SDG). В рамках ЦУР цель по снижению материнской смертности получила продолжение: к 2030 году планируется снижение её уровня до менее 70 случаев на 100 000 живорождений и ликвидация предотвратимой материнской смертности. Такая преимственность подчёркивает сохранение приоритета охраны материнства на глобальном уровне и отражает непрерывность международных стратегий в сфере репродуктивного здоровья [38,39].

Согласно данным Росстата, в 2015 г. коэффициент материнской смертности составил 10,1 на 100 000 живорождённых. В последующие годы наблюдалось устойчивое снижение показателя: к 2019 г. он уменьшился до 8,1. Однако в 2020–2021 гг. зафиксирован резкий рост материнской смертности — до 17,4 и 16,0 случаев соответственно, что совпало с пандемией COVID-19 и отражает влияние тяжёлых инфекционных осложнений у беременных.

Начиная с 2022 г. динамика вновь демонстрирует постепенное улучшение: показатель снизился примерно до 13,0, а в 2023 г. составил около 13,3 на 100 000 живорождённых, таблица 6.

Таблица 6. Динамика материнской смертности в Российской Федерации за 2015–2023 гг.

Год	Коэффициент материнской смертности (число умерших от осложнений беременности, родов и послеродового периода на 100 000 живорожденных)
2015	10,1
2016	10,0
2017	8,8
2018	9,1
2019	8,1



РЗН

2020	17,4
2021	16,0
2022	13,0
2023	13,3

Несмотря на положительную тенденцию последних лет, уровень материнской смертности остаётся выше доковидных значений, что подчёркивает необходимость дальнейшего совершенствования перинатальной помощи, внедрения профилактических стратегий и повышения качества ведения беременных групп высокого риска [31,40,41].

Структура причин материнской смертности и сопоставление с мировыми тенденциями

Анализ структуры причин материнской смертности в России в последние годы демонстрирует устойчивое преобладание не прямых акушерских причин, связанных с экстрагенитальными заболеваниями. Согласно данным отечественных исследований, в 2019 г. доля экстрагенитальной патологии среди всех случаев материнской смертности составляла 29,1 %, а в 2020 г. увеличилась до ≈ 47 %, что отражает влияние пандемии COVID-19 и повышение значимости системных инфекций, сердечно-сосудистых и метаболических нарушений. Рост доли не прямых причин согласуется с общемировой тенденцией: по данным ВОЗ, в структуре материнской смертности развитых стран именно экстрагенитальная патология занимает первое место, опережая классические акушерские осложнения. [40].

Прямые акушерские причины, включая преэклампсию и эклампсию, массивные акушерские кровотечения, акушерскую эмболию и септические осложнения, продолжают формировать существенный вклад в структуру смертности. Несмотря на снижение летальности от этих осложнений в последние десятилетия, их высокая доля свидетельствует о необходимости дальнейшего совершенствования своевременной диагностики, стандартизированной акушерской тактики и оптимизации маршрутизации беременных группы высокого риска [41,42].

Классификация основных причин материнской смертности (основана на МКБ-10, ВОЗ)

- Прямые акушерские причины:

акушерские кровотечения, преэклампсия/эклампсия, сепсис, тромбоэмболические осложнения, разрыв матки, осложнения анестезии.

- Непрямые акушерские причины:

хронические заболевания (серечно-сосудистые, бронхолёгочные, эндокринные, инфекционные), усугублённые беременностью.

- Случайные причины:

травмы, не связанные с беременностью, но совпавшие по времени.

Сравнение с международными данными показывает, что российская структура причин схожа с распределением в странах Восточной Европы, где также отмечается значительная доля не прямых причин на фоне сохраняющихся акушерских осложнений. Вместе с тем,

	РЕГИОНАЛЬНАЯ ОБЩЕСТВЕННАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ИНВАЛИДОВ "ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА"	Социально значимая программа (проект) на 2025-2030 гг.	Версия 2025 г.
---	--	--	--------------------------------------

РЗН

вариабельность показателей между регионами подчёркивает важность повышения доступности специализированной акушерско-гинекологической помощи, модернизации перинатальной инфраструктуры и улучшения качества ведения сопутствующих заболеваний у женщин репродуктивного возраста. Остается значительным удельный вес аборт, он составляет около трети всех случаев материнской смерти. Прогноз количественной и качественной динамики материнской смертности зависит от уровня развития системы здравоохранения на территории проживания женщины, от доступности профильной акушерской-гинекологической помощи, маршрутизации рожениц и своевременного оказания высокотехнологичной поддержки [43].

Официальные процентные данные по структуре материнской смертности за 2023 год пока не опубликованы, однако имеющиеся сведения за предыдущие годы позволяют утверждать, что ведущие причины сохраняют свою актуальность и требуют дальнейшего совершенствования медицинских технологий наблюдения беременных и маршрутизации пациенток групп высокого риска.

За последние годы проблема материнской смертности, ассоциированной с социально значимыми заболеваниями — ВИЧ-инфекцией, туберкулёзом, вирусными гепатитами, а также зависимостями, — остаётся актуальной и не демонстрирует выраженной тенденции к снижению. Несмотря на развитие специализированных программ наблюдения беременных с ВИЧ и расширение доступа к антиретровирусной терапии, показатели материнской смертности среди ВИЧ-инфицированных женщин остаются существенно выше среднероссийских: по данным последних клинических наблюдений, коэффициент материнской смертности в этой группе достигает около 75 случаев на 100 000 живорождённых, что в три и более раза превышает общенациональный уровень.

Увеличение доли случаев, связанных с социальными факторами, отмечавшееся ещё в 2011–2014 гг. (рост смертности, ассоциированной с наркоманией, алкоголизмом, гепатитом С и ВИЧ/СПИД, до 25–30 %), продолжает сохранять клиническую и эпидемиологическую значимость. Наличие ВИЧ-инфекции, туберкулёза, хронических вирусных гепатитов и аддиктивных расстройств существенно ухудшает прогноз беременности и увеличивает риск летального исхода вследствие декомпенсации основного заболевания, тяжёлых инфекционных осложнений и сниженной приверженности медицинскому наблюдению.

В этой связи стратегия снижения материнской смертности у женщин с социально значимыми заболеваниями выходит за рамки исключительно акушерско-гинекологической компетенции. Она требует комплексного межведомственного подхода: расширения программ профилактики, раннего выявления и лечения ВИЧ, туберкулёза и гепатитов; интеграции акушерской и инфекционной служб; увеличения доступности реабилитационных программ для женщин с зависимостями; социальных мер поддержки и сопровождения беременных из уязвимых групп. Только сочетание медицинских и социальных мер позволяет добиться устойчивого снижения материнской смертности в этой категории пациенток [44].

Россия активно участвует в международных программах и стратегиях, направленных на снижение тяжёлых материнских осложнений, совершенствование систем мониторинга, клинического аудита и повышение качества акушерской помощи. Включённость в глобальные инициативы ВОЗ позволяет использовать унифицированные подходы к классификации осложнений, анализу причин материнской смертности и выявлению потенциально предотвратимых факторов.

	РЕГИОНАЛЬНАЯ ОБЩЕСТВЕННАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ИНВАЛИДОВ "ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА"	Социально значимая программа (проект) на 2025-2030 гг.	Версия 2025 г.
---	--	---	-----------------------

РЗН

С учётом выраженной географической, демографической, экономической и этнокультурной неоднородности населения Российской Федерации, система профилактики и прогнозирования осложнений беременности должна основываться на дифференцированном подходе. Для предупреждения состояния «near miss» и предотвращения случаев материнской и перинатальной смертности требуется адаптация организационных мер и клинических алгоритмов к условиям конкретного региона, включая доступность высокотехнологичной помощи, кадровую обеспеченность и инфраструктуру здравоохранения.

Эффективная стратегия снижения неблагоприятных исходов предполагает комплексное использование диагностических, лечебных и профилактических ресурсов, обеспечивающих своевременную помощь беременной на каждом этапе — от прегравидарной подготовки до послеродовой реабилитации. Особую значимость приобретает разработка и строгая реализация клинических протоколов, созданных при участии специалистов смежных профилей, что позволяет оптимизировать ведение женщин с экстрагенитальной патологией и другими состояниями высокого риска. Такой междисциплинарный подход, основанный на интеграции национальных и международных стандартов, является ключевым инструментом в снижении частоты тяжёлых акушерских осложнений и обеспечении безопасности материнства в Российской Федерации.

Таким образом, современные подходы к снижению материнской и перинатальной смертности в России интегрируют национальные приоритеты развития здравоохранения и международные стратегические рамки. Страна участвует в реализации глобальных инициатив ВОЗ, включая Цель устойчивого развития SDG-3 «Good Health and Well-being», направленную на ликвидацию предотвратимой материнской смертности, и программу Ending Preventable Maternal Mortality (EPMM), в которой определены ключевые ориентиры по снижению материнских потерь до уровня <70 случаев на 100 000 живорождённых. Кроме того, Россия учитывает рекомендации рабочей группы ВОЗ по материнской заболеваемости (WHO Maternal Morbidity Working Group), уделяющей особое внимание предотвращению тяжёлых осложнений («near miss») и совершенствованию клинического аудита тяжёлых материнских исходов [46,47,48].

Встраивание этих международных стратегий в национальную систему позволяет вырабатывать единые подходы к идентификации факторов риска, повышать доступность высокотехнологичной помощи, улучшать качество ведения беременных с тяжёлой экстрагенитальной и акушерской патологией и усиливать профилактическую направленность службы родовспоможения. Таким образом, соблюдение глобальных рекомендаций в сочетании с регионально адаптированными мерами становится одним из ключевых условий улучшения материнских и перинатальных исходов в Российской Федерации.

Комплекс мер, направленных на снижение репродуктивных потерь (младенческой — перинатальной и материнской смертности).

Снижение репродуктивных потерь — материнской, перинатальной и младенческой смертности — является одним из приоритетных направлений государственной политики в России. При разработке и внедрении соответствующих мер страна опирается на международные стратегические документы и программы ВОЗ и ООН, которые задают глобальные ориентиры по улучшению здоровья женщин и новорождённых в рамках Целей устойчивого развития до 2030 года. Национальные инициативы, включая мероприятия федерального проекта



РЗН

«Здравоохранение», согласуются с этими подходами, что обеспечивает сопоставимость данных, стандартизацию методов оценки и внедрение современных эффективных практик.

Для существенного уменьшения репродуктивных потерь — включающих материнскую, перинатальную и младенческую смертность — в Российской Федерации предусматривается реализация интегрированного комплекса мер до 2025–2030 г. Он включает следующие ключевые направления:

- ✓ Усиление прегравидарной и преконцепционной подготовки: повышение охвата обследования и коррекции экстрагенитальной патологии у женщин репродуктивного возраста, полноценная медицинская подготовка перед зачатием, снижение факторов риска (ожирение, гипертензия, диабет, инфекции, злоупотребление веществами).
- ✓ Оптимизация пренатального наблюдения и ведения беременности: масштабирование ранней скрининговой диагностики, расширение возможности мониторинга маточно-плацентарного кровотока, реализация индивидуализированной маршрутизации беременных с высоким и очень высоким риском, применение современных неинвазивных и инвазивных методов пренатальной диагностики.
- ✓ Совершенствование системы родовспоможения и неонатальной помощи: развитие трёхуровневой перинатальной системы, внедрение централизованного учёта и аудита тяжёлых материнских исходов («near miss»), поэтапное снижение частоты необоснованных кесаревых сечений и оптимизация родоразрешения, расширение возможностей выхаживания недоношенных детей (сурфактантная терапия, режим «кенгуру», неонатальная интенсивная помощь).
- ✓ Стандартизация и клиническое сопровождение: внедрение национальных клинических рекомендаций и протоколов по акушерской помощи с учётом международных стандартов и адаптированных под российские реалии, обязательная реализация процедур аудита случаев материнской и перинатальной смертности, унификация данных и применение формата ICD-PM для анализа исходов.
- ✓ Укрепление системы общественного здоровья, профилактика социально-медицинских факторов: снижение влияния ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитов, наркомании и алкоголизма на материнскую смертность, расширение доступа к профилактическим программам, повышение уровня образования и информированности женщин о репродуктивных рисках, а также интеграция акушерской и инфекционной помощи.
- ✓ Система мониторинга, данных и качественной оценки: дальнейшее улучшение реестров родовспоможения и неонатальной статистики, внедрение механизмов контроля качества, регулярный аудит материнских и перинатальных потерь, обеспечение доступности и сопоставимости данных для регионов и на федеральном уровне.

Перечисленные меры созданы в рамках национального проекта по здравоохранению, стратегии Целей устойчивого развития до 2030 г. и глобальных инициатив ВОЗ и ООН. Их реализация должна обеспечить системное снижение материнской смертности и репродуктивных утрат, отражая улучшение состояния системы здравоохранения, её доступности и качества [49,50].

Литература

	РЕГИОНАЛЬНАЯ ОБЩЕСТВЕННАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ИНВАЛИДОВ "ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА"	Социально значимая программа (проект) на 2025-2030 гг.	Версия 2025 г.
---	--	--	----------------

РЗН

1. Всемирная организация здравоохранения. Определение перинатального периода. URL: https://www.who.int/health-topics/maternal-health#tab=tab_2 (дата обращения: 25.11.2025).
2. Аксенова Л. С., Ходжаева З. С. Репродуктивные потери и демографический потенциал. // Проблемы репродукции. – 2018. – Т. 24, № 6. – С. 17–26.
3. Стратегия национальной безопасности Российской Федерации: утв. Указом Президента РФ от 02.07.2021 № 400 // Собрание законодательства РФ. – 2021. – № 27 (ч. II). – Ст. 5351.
4. Денисенко М.Б., Боброва А.Г. Потери потенциальных рождений в России. Электронный ресурс. Режим доступа: <https://www.demoscope.ru/weekly/2017/0731/analit02.php> (дата обращения: 18.11.2025).
5. Каждая восьмая беременность в России заканчивается выкидышем. Электронный ресурс. Режим доступа: <https://tochno.st/materials/kazdaia-vosmaiaia-beremennost-v-rossii-zakancivaetsia-vykidysem-91-slucaev-proisxodit-do-12-i-nedeli> (дата обращения: 18.11.2025).
6. Перинатальная смертность в Российской Федерации: региональный анализ. Электронный ресурс. Режим доступа: <https://www.rjhas.ru/jour/article/view/1630> (дата обращения: 18.11.2025).
7. Российские тенденции снижения перинатальных потерь с учётом перехода на международные критерии регистрации рождения детей. Электронный ресурс. Режим доступа: <https://aig-journal.ru/articles/Rossii-skie-tendencii-snijeniya-perinatalnyh-poter-s-uchetom-perehoda-na-mejdunarodnye-kriterii-registracii-rojdeniya-detei.html> (дата обращения: 18.11.2025).
8. Приказ Минздрава РФ № 457 от 28.12.2000 «О совершенствовании пренатальной диагностики в профилактике наследственных и врождённых заболеваний у детей».
9. Министерство здравоохранения Российской Федерации. Порядок оказания медицинской помощи по профилю «Акушерство и гинекология». Приказ Минздрава РФ от 1 ноября 2012 г. № 572н. URL: <https://docs.cntd.ru/document/902381310> (дата обращения: 25.11.2025).
10. Гестационный сахарный диабет. Диагностика, лечение... Электронный ресурс. Режим доступа: https://opc33.ru/wp-content/uploads/2021/07/kr_gsd_2020.pdf (дата обращения: 18.11.2025).
11. Гестационный сахарный диабет (КР 2024). Электронный ресурс. Режим доступа: <https://pediatrhelp.ru/klinicheskie-rekomendaczii/endokrinologiya/gestacionnyij-saxarnyj-diabet-kr-2024/> (дата обращения: 18.11.2025).
12. Клинические рекомендации. Акушерство: преэклампсия, эклампсия. Электронный ресурс. Режим доступа: https://roag-portal.ru/recommendations_obstetrics (дата обращения: 18.11.2025).
13. Задержка роста плода (ВЗРП): статьи врачей. Электронный ресурс. Режим доступа: <https://mamadeti.ru/article/zaderzhka-rosta-ploda/> (дата обращения: 18.11.2025).
14. Министерство здравоохранения Российской Федерации. Порядок оказания медицинской помощи женщинам в период беременности, родов и в послеродовом периоде. Электронный ресурс. Режим доступа: <https://base.garant.ru/74840123/> (дата обращения: 18.11.2025).

	РЕГИОНАЛЬНАЯ ОБЩЕСТВЕННАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ИНВАЛИДОВ "ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА"	Социально значимая программа (проект) на 2025-2030 гг.	Версия 2025 г.
---	--	--	----------------

РЗН

15. Министерство здравоохранения Российской Федерации. Клинические рекомендации: «Роды. Нормальные роды». Электронный ресурс. Режим доступа: https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/162_1 (дата обращения: 18.11.2025).
16. Министерство здравоохранения Российской Федерации. Приказ от 20 октября 2020 г. № 1130н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю „Акушерство и гинекология“». Электронный ресурс. Режим доступа: <https://minzdrav.gov.ru> (дата обращения: 27.11.2025).
17. Министерство здравоохранения Российской Федерации. Клинические рекомендации: «Неонатальная помощь. Первичная и реанимационная помощь новорождённым». Электронный ресурс. Режим доступа: https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/150_1 (дата обращения: 19.11.2025).
18. Министерство здравоохранения Российской Федерации. Клинические рекомендации: «Нормальная беременность. Ведение беременных и родовспоможение». Электронный ресурс. Режим доступа: https://gpc1.ru/wp-content/uploads/2025/02/1396_kr23Z32Z36MZ.pdf (дата обращения: 19.11.2025).
19. Правительство Российской Федерации. Стратегия действий в интересах семьи, материнства и детства до 2030 года. URL: <https://government.ru/docs/> (дата обращения: 25.11.2025). :
20. Министерство здравоохранения Российской Федерации. Приказ от 1 ноября 2012 года № 572н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи женщинам в период беременности, родов и в послеродовом периоде». Электронный ресурс. Режим доступа: <https://docs.cntd.ru/document/467716431> (дата обращения: 19.11.2025).
21. Министерство здравоохранения Российской Федерации. Клинические рекомендации по акушерству и гинекологии, включая ведение беременности высокого риска. URL: <https://minzdrav.gov.ru/documents> (дата обращения: 25.11.2025).
22. Младенческая смертность в России с 1960-х годов ... Электронный ресурс. Режим доступа: <https://tochno.st/materials/mladenceskaia-smertnost-v-rossii-s-1960-x-godov-sokratilas-v-20-raz-no-v-casti-regionov-eta-statistika-iskusstvenno-zanizena> (дата обращения: 19.11.2025)
23. World Health Organization. ICD-10: Chapter XVI — Certain conditions originating in the perinatal period (P00-P96). Электронный ресурс. Режим доступа: <https://icd.who.int/browse10/2019/en#/P00-P96> (дата обращения: 25.11.2025).
24. Приказ Росстата (Федеральная служба государственной статистики) от 22 декабря 2017 г. №861.
25. Перинатальная смертность в Российской Федерации: ключевые показатели за 2023 год. Электронный ресурс. Режим доступа: <https://www.demoscope.ru/weekly/2024/01045/barom05.php> (дата обращения: 19.11.2025)
26. Федеральная служба государственной статистики. Показатель: «Ранняя неонатальная смертность, на 1000 родившихся живыми». Электронный ресурс. Режим доступа: <https://fedstat.ru/indicators/search?>
27. Улучшение перинатальных исходов при преждевременных родах и особенности течения. Электронный ресурс. Режим доступа: <https://journaldoctor.ru/catalog/akusherstvo/uluchshenie-peri/> (дата обращения: 19.11.2025).

	РЕГИОНАЛЬНАЯ ОБЩЕСТВЕННАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ИНВАЛИДОВ "ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА"	Социально значимая программа (проект) на 2025-2030 гг.	Версия 2025 г.
---	--	---	-----------------------

РЗН

28. Статистика преждевременных родов. Электронный ресурс. Режим доступа: <https://www.mediasphera.ru/issues/problems-reproduktsii/2014/4/031025-7217201444> (дата обращения: 19.11.2025).
29. Современный взгляд на проблему преэклампсии: аргументы и факты. Электронный ресурс. Режим доступа: <https://aig-journal.ru/articles/Sovremennyi-vzglyad-na-problemu-preeklampsii-argumenty-i-fakty.html> (дата обращения: 21.11.2025).
30. «В Москве выхаживают свыше 98 процентов детей, родившихся раньше срока». Электронный ресурс. Режим доступа: <https://www.mos.ru/news/item/116069073/> (дата обращения: 19.11.2025)
31. Федеральная служба государственной статистики. Здравоохранение в России 2023. Электронный ресурс. Режим доступа: <https://ssl.rosstat.gov.ru/storage/mediabank/Zdravooхран-2023.pdf> (дата обращения: 19.11.2025).
32. В России треть женщин имеет абсолютные показания к кесареву сечению. Электронный ресурс. Режим доступа: <https://iz.ru/1650934/sofiia-prokhorchuk/v-rossii-tret-zhenshchin-imeet-absoliutnye-pokazaniia-k-kesarevu-secheniiu> (дата обращения: 19.11.2025).
33. В России треть женщин имеет абсолютные показания к кесареву сечению. Электронный ресурс. Режим доступа: <https://iz.ru/1650934/sofiia-prokhorchuk/v-rossii-tret-zhenshchin-imeet-absoliutnye-pokazaniia-k-kesarevu-secheniiu> (дата обращения: 19.11.2025).
34. Infant Mortality Rate — Russian Federation. Электронный ресурс. Режим доступа: <https://www.macrotrends.net/global-metrics/countries/rus/russia/infant-mortality-rate> (дата обращения: 21.11.2025).
35. World Health Organization. The WHO Application of ICD-10 to deaths during the perinatal period: ICD-PM. Электронный ресурс. Режим доступа: <https://www.who.int/docs/default-source/mca-documents/maternal-nb/icd-pm.pdf> (дата обращения: 22.11.2025).
36. Maternal mortality ratio — Russian Federation. World Health Organization. Электронный ресурс. Режим доступа: <https://data.who.int/indicators/i/C071DCB/AC597B1> (дата обращения: 21.11.2025).
37. Применение ВОЗ Международной классификации болезней (МКБ-10) к случаям смерти в перинатальном периоде (МКБ-ПС). 2016. 43 с.
38. United Nations. Millennium Development Goals Report. Электронный ресурс. Режим доступа: <https://www.un.org/millenniumgoals/> (дата обращения: 23.11.2025).
39. United Nations. Sustainable Development Goals. Goal 3: Ensure healthy lives and promote well-being for all at all ages. Электронный ресурс. Режим доступа: <https://sdgs.un.org/goals/goal3> (дата обращения: 23.11.2025).
40. Минздрав России. Состояние здоровья населения и деятельность службы здравоохранения. Электронный ресурс. Режим доступа: <https://minzdrav.gov.ru> (дата обращения: 24.11.2025).
41. Демоскоп Weekly. Барометр демографических показателей России. Электронный ресурс. Режим доступа: <https://www.demoscope.ru/weekly/> (дата обращения: 24.11.2025).
42. Вестник УГМУ. Материнская смертность: анализ причин в 2020 году. Электронный ресурс. Режим доступа:



РЗН

https://elib.usma.ru/bitstream/usma/15400/1/usmu_vestnik_2023_02_005.pdf (дата обращения: 25.11.2025).

43. Источник: Зиганшин А. М., Нагимова Е. М., Мудров В. А. и др. Материнская смертность: структура и пути решения проблемы. Журнал акушерства и женских болезней. 2021;70(5):5-14. Электронный ресурс. Режим доступа: <https://journals.eco-vector.com/jowd/article/view/77771> (дата обращения: 25.11.2025).
44. Киселёва И. А., Алексеевич А. В., Сухова Е. В. Материнские потери среди ВИЧ-инфицированных женщин в Российской Федерации. Акушерство и гинекология. 2022; 12: 45–52. Электронный ресурс. Режим доступа: <https://aig-journal.ru/articles/Materinskie-poteri-sredi-VICH-inficirovannyh-jenshin-v-Rossiiskoi-Federacii.html> (дата обращения: 26.11.2025).
45. World Health Organization. Ending Preventable Maternal Mortality (EPMM): A Renewed Focus for Improving Maternal Health. Geneva: WHO; 2021. Электронный ресурс. Режим доступа: <https://www.who.int> (дата обращения: 26.11.2025).
46. United Nations. Sustainable Development Goals — Goal 3: Ensure healthy lives and promote well-being for all at all ages. Электронный ресурс. Режим доступа: <https://sdgs.un.org/goals/goal3> (дата обращения: 26.11.2025).
47. World Health Organization. Maternal Morbidity Working Group: Conceptual Framework and Recommendations. Geneva: WHO; 2022. Электронный ресурс. Режим доступа: <https://www.who.int> (дата обращения: 26.11.2025).
48. United Nations. Trends in maternal mortality estimates 2000 to 2023. Электронный ресурс. Режим доступа: <https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/9789240108462-eng.pdf> (дата обращения: 26.11.2025).
49. United Nations Children's Fund. Russian Federation Profile. Электронный ресурс. Режим доступа: <https://data.unicef.org/countdown-2030/country/Russian-Federation/1/> (дата обращения: 26.11.2025). UNICEF DATA
50. World Health Organization; Organisation for Economic Co-operation and Development. Health at a Glance 2023: Maternal and Infant Mortality. Электронный ресурс. Режим доступа: https://www.oecd.org/en/publications/2023/11/health-at-a-glance-2023_e04f8239/full-report/maternal-and-infant-mortality_ea6903ca.html (дата обращения: 26.11.2025).

Раздел IV. Бесплодный брак

Актуальность проблемы бесплодного брака

В Российской Федерации проблема бесплодия приобретает выраженный демографический и социально-медицинский характер. По данным российских репродуктологов, доля бесплодных пар репродуктивного возраста превышает 17%, что выше принятого ВОЗ критического уровня 15%, рассматриваемого как фактор угрозы национальной демографической безопасности. Рост распространённости бесплодия фиксируется в последние годы на фоне ухудшения репродуктивного здоровья обоих партнёров, увеличения среднего возраста первородящих женщин, распространённости хронических заболеваний, инфекций, передающихся половым путём, и влияния неблагоприятных факторов образа жизни [1].



РЗН

Бесплодие определяется как заболевание, характеризующееся отсутствием наступления клинической беременности в течение 12 месяцев регулярной половой жизни без применения контрацепции, что связано с нарушением репродуктивной функции одного или обоих партнёров. Данное определение согласуется с современной трактовкой ВОЗ [2].

Классификация бесплодия

1. По происхождению:

- Женское бесплодие – нарушение овуляции, трубно-перитонеальный фактор, эндометриоз, маточный фактор, иммунологическое бесплодие.
- Мужское бесплодие – снижение концентрации, подвижности или морфологии сперматозоидов; обструктивные формы; эндокринные нарушения; иммунологические факторы.
- Смешанное бесплодие – сочетание факторов у обоих партнёров.
- Неясное (идиопатическое) – невозможность установить причину при нормальных показателях обследования.

2. По клиническому течению:

- Первичное бесплодие – беременность никогда не наступала.
- Вторичное бесплодие – в прошлом была беременность, но попытки повторного зачатия неуспешны.

3. По длительности:

- Абсолютное – необратимые состояния (аплазия матки, отсутствие гонад, двусторонняя обструкция труб и др.).
- Относительное – потенциально обратимые нарушения.

Нарушениями, связанными с репродуктивным здоровьем мужчины и женщины, занимается клиническая репродуктология - раздел медицины, занимающийся изучением, диагностикой и лечением нарушений репродуктивной функции у женщин и мужчин, включая бесплодие, невынашивание беременности, патологии менструального и овуляторного циклов, а также методами восстановления фертильности, в том числе с применением вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ), которая включает следующие направления:

- обследование бесплодных пар;
- лечение мужского/женского бесплодия;
- планирование беременности;
- подготовка пар с генетическими и иными отклонениями к процессу естественного зачатия;
- подготовка пар к искусственным технологиям оплодотворения (ИКСИ, ЭКО, др);
- проведение вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ).

Проблема бесплодия приобрела глобальные масштабы и затрагивает значительное число супружеских пар. По оценкам World Health Organization, около 1 из 6 взрослых людей в мире (≈17,5 %) сталкивается с бесплодием в течение жизни, что соответствует примерно 48–50 млн



РЗН

пар, испытывающих невозможность зачатия. Распространённость бесплодия среди сексуально активных пар, не использующих контрацепцию, остаётся стабильной и составляет 6–15 %. Тенденции последних лет указывают на рост мужского фактора бесплодия и увеличение числа пар, испытывающих трудности как при планировании первого ребёнка (1 из 8 пар), так и при планировании второго (1 из 6 пар), что подчёркивает нарастающую демографическую значимость проблемы [3,4].

В России наблюдается устойчивое увеличение числа мужчин и женщин с нарушением репродуктивной функции, что напрямую отражается на снижении рождаемости и усугублении демографического кризиса. Высокая распространённость бесплодного брака, рост числа случаев сочетанного (смешанного) мужского и женского фактора, а также увеличение возраста вступления в репродукцию требуют расширения системы профилактики, совершенствования специализированной помощи, внедрения современных репродуктивных технологий и повышения доступности программ ВРТ — вспомогательные репродуктивные технологии, направленных на лечение бесплодия, когда естественное зачатие невозможно или маловероятно [5].

Общие эпидемиологические наблюдения

Диагноз «бесплодие» устанавливается супружеской паре при отсутствии наступления клинической беременности в течение 12 месяцев регулярной половой жизни без контрацепции. Этот временной критерий основан на эпидемиологических данных о вероятности естественного зачатия: максимальная вероятность наступления беременности отмечается в первые три месяца попыток и составляет около 30% за цикл, после чего постепенно снижается. В течение первых 6 месяцев беременность наступает приблизительно у 80 % фертильных пар, что подтверждает обоснованность годового периода наблюдения.

Факторы риска бесплодия

- Возраст
- Эндокринные нарушения: СПКЯ, гиперпролактинемия, тиреоидная патология.
- Инфекции: хронические воспалительные заболевания органов малого таза, ИППП (хламидиоз, гонорея, микоплазмоз).
- Эндометриоз и аденомиоз.
- Трубный фактор после воспалений или операций.
- Генетические аномалии (мутации AZF, кариотипные нарушения).
- Экологические и профессиональные вредности: токсины, радиация, перегрев.
- Образ жизни: курение, алкоголь, ожирение, низкий ИМТ, хронический стресс.
- Мужские факторы: варикоцеле, травмы, крипторхизм, экспозиция токсинов.

Возраст остаётся ключевым прогностическим фактором: у женщин после 30 лет фертильность снижается почти вдвое по сравнению с возрастом 20 лет, а после 35 лет вероятность зачатия уменьшается особенно резко вследствие снижения овариального резерва и ухудшения качества ооцитов.

У мужчин также отмечается возраст-зависимое снижение качества сперматозоидов после 35 лет, однако способность к зачатию, как правило, остаётся относительно высокой вплоть до 50



РЗН

лет. Если беременность не наступает в течение года активных попыток, пара квалифицируется как условно бесплодная и подлежит специализированному обследованию и лечению.

В России бесплодие остаётся значимой медико-социальной проблемой, что подтверждается данными за 2022 год: частота женского бесплодия составила около 789 случаев на 100 000 женщин, а мужского — около 67 случаев на 100 000 мужчин, что свидетельствует о высокой общей распространённости заболевания. Вместе с тем по сведениям Минздрава РФ за период 2019–2024 гг. наблюдается умеренное снижение выявляемости: женского бесплодия — более чем на 9 %, мужского — более чем на 25 %. Это отражает появление положительной динамики, связанной с развитием профилактики, более ранним обращением пациентов и различиями между регионами, хотя абсолютные показатели остаются высокими.

Таким образом, проблема бесплодия сохраняет значительную демографическую значимость, несмотря на отмечаемые улучшения [6,7]. Исследования показывают, что внесение проблемы бесплодия в структуру потерь рождаемости остаётся значительным: потери потенциальных рождений из-за бесплодия в России оцениваются в диапазоне 17-21% [8].

Причины женского бесплодия по МКБ-10 (N97). Основные рубрики блока N97:
(включены: неспособность забеременеть, стерильность женская); (исключены: относительное бесплодие)

- N97.0 – Женское бесплодие, связанное с ановуляцией
- Нарушения овуляции: СПКЯ, гиперпролактинемия, гипоталамо-гипофизарная дисфункция, нарушения щитовидной железы.
- N97.1 – Женское бесплодие трубного происхождения
- Обструкция маточных труб, спайки после воспалений, операции, сальпингит, хламидийная инфекция.
- N97.2 – Женское бесплодие маточного происхождения. Миома, полипы эндометрия, врождённые пороки развития матки (U-аномалии), синехии (Ашермана), хронический эндометрит.
- N97.3 – Женское бесплодие цервикального происхождения. Патология цервикальной слизи, последствия конизации, хронический цервицит.
- N97.4 – Женское бесплодие вследствие мужских факторов. Используется при обследовании пары.
- N97.5 – Женское бесплодие вследствие сочетания факторов (смешанное).
- N97.8 – Другие формы женского бесплодия.
- N97.9 – Женское бесплодие неуточнённое

Соответствует идиопатическому бесплодию при нормальных показателях всех обследований.

Причины женского бесплодия, относящиеся к другим разделам МКБ-10
(хотя кодируются в иных блоках МКБ, клинически являются причинами бесплодия):

Эндокринные нарушения

- E28.2 — Поликистоз яичников (СПКЯ)



РЗН

- E23.0 — Гиперпролактинемия
- E03 — Гипотиреоз
- E05 — Гипертиреоз

Инфекции и воспалительные заболевания

- N70 — Сальпингит и оофорит
- N71 — Воспалительные болезни матки
- A56.0 / A56.1 — Хламидиоз урогенитальный
- A54 — Гонококковая инфекция

Эндометриоз

- N80 — Эндометриоз (труб, яичников, матки, тазовой брюшины)

Врожденные аномалии (пороки развития матки)

- Q51 — Врожденные аномалии матки и шейки матки

Доброкачественные опухоли

- D25 — Миома матки

Другие важные факторы

- N85.6 — Синдром Ашермана (внутриматочные синехии)
- N92.1–N92.6 — Ановуляторные и нерегулярные циклы
- E66 — Ожирение (метаболический риск бесплодия) [9].

Схема причин женского бесплодия по МКБ-10, [10].

N97.0 – ановуляция

(СПКЯ E28.2, гиперпролактинемия E23.0, тиреоидные нарушения E03/E05)

N97.1 – трубный фактор

(обструкция труб, спайки, ВЗОМТ N70, хламидиоз A56, гонорея A54)

N97.2 – маточный фактор

(миома D25, полипы, пороки Q51, эндометрит N71, синехии N85.6)

N97.3 – цервикальный фактор

(патология цервикальной слизи, хронический цервицит N72)

N97.5 – смешанное бесплодие

(факторы у обоих партнёров)

N97.9 – неуточнённое (идиопатическое)

Частота маточного фактора в структуре причин женского бесплодия составляет около 50%, таблица 1.

Таблица 1. Маточный фактор женского бесплодия объединяет следующие коды по МКБ10:

	РЕГИОНАЛЬНАЯ ОБЩЕСТВЕННАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ИНВАЛИДОВ "ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА"	Социально значимая программа (проект) на 2025-2030 гг.	Версия 2025 г.
---	--	--	----------------

РЗН

	Код заболеваний по МКБ-10	Наименование заболеваний
1.	Q51	Врожденные аномалии половых органов
2.	Q51.1	Удвоение тела матки с удвоением влагалища и шейки матки
3.	Q51.2	Другие удвоения матки
4.	Q51.3	Двурогая матка
5.	Q51.4	Однорогая матка
6.	N71.1	Хроническая воспалительная болезнь матки
7.	N71.9	Воспалительная болезнь матки неуточненная
8.	N84.0	Полип тела матки
9.	N84.1	Полип шейки матки
10.	D25	Лейомиома матки
11.	D26	Другие доброкачественные новообразования матки
12.	N85.6	Внутриматочные синехии

Мужское бесплодие: определение и современные тенденции

Мужское бесплодие — это нарушение репродуктивной функции у мужчин, характеризующееся невозможностью достижения беременности в паре при регулярной половой жизни без контрацепции в течение 12 месяцев. В основе лежит снижение оплодотворяющей способности сперматозоидов вследствие нарушений сперматогенеза, гормональных дисфункций, анатомических препятствий, иммунологических факторов или системных заболеваний. Определение согласуется с критериями ВОЗ (WHO, 2020) и используется в клинической практике.

Актуальные тенденции.

Современные международные исследования демонстрируют устойчивое ухудшение мужского репродуктивного здоровья:

- Снижение качества спермы. По метаанализам Levine H. et al. (2023), средняя концентрация сперматозоидов в мире снизилась более чем в два раза за последние 40 лет, причём темпы падения ускоряются в XXI веке.
- Рост доли мужского фактора в бесплодии. По данным ВОЗ (2023), мужской фактор выявляется как единственная или сопутствующая причина примерно в 50% бесплодных пар.



РЗН

- Увеличение роли экологических и поведенческих факторов. Наибольшее влияние оказывают ожирение, гиподинамия, курение, алкоголь, стресс, хронические воспалительные заболевания, воздействие эндокринных дизрапторов (фенолы, фталаты, пестициды).
- Возрастные изменения. После 40 лет у мужчин отмечается снижение объёма эякулята, нарушение подвижности сперматозоидов, увеличение частоты фрагментации ДНК, что ухудшает вероятность зачатия и увеличивает риск неблагоприятных исходов беременности.
- Российские особенности. По данным Минздрава РФ (2024), наблюдается:
 - рост обращаемости мужчин за специализированной помощью;
 - увеличение частоты выявляемых эндокринных, воспалительных и варикоцеле-ассоциированных форм;
 - значительные региональные различия;
 - расширение применения ВРТ, где мужской фактор составляет до 35–50% показаний в программах ЭКО.

Таким образом, мужское бесплодие остаётся важной медико-социальной проблемой, требующей комплексного междисциплинарного подхода, профилактики и динамического наблюдения [11,12,13,14].

Мужское бесплодие (Male infertility) по МКБ-10 основная рубрика N46

Включает любые формы нарушения оплодотворяющей способности вследствие патологий сперматогенеза, анатомических, эндокринных, иммунологических или других факторов мужского организма.

Состояния и заболевания, наиболее часто приведённые к N46

МКБ-10 не детализирует N46 на подтипы, но включает широкий перечень заболеваний, которые могут приводить к мужскому бесплодию. К ним относятся:

1. Орхит, эпидидимит, последствия воспалений, имеющие значение как причины обструктивной азооспермии.

- N45.0–N45.3 — Орхит, эпидидимит и орхоэпидидимит
- A54.2 — Гонококковый орхит/эпидидимит
- A56.1 — Урогенитальная инфекция, вызванная хламидиями
- N49.0–N49.2 — Воспалительные болезни мужских половых органов

2. Варикоцеле

- I86.1 — Варикозное расширение вен семенного канатика (варикоцеле). Одно из ведущих состояний, ассоциированных со снижением фертильности.

3. Анатомические нарушения

- Q55.1–Q55.4 — Врожденные аномалии яичек



РЗН

- Q55.6–Q55.9 — Аномалии мужских половых органов
- Q52.1 / Q52.2 — Врожденные аномалии придатков
- N47 — Фимоз и парафимоз
- N48 — Другие заболевания полового члена
- N50.0–N50.9 — Другие болезни мужских половых органов

4. Эндокринные нарушения, влияющие на фертильность

- E23.0 — Гипопитуитаризм
- E29.1 — Тестостерон-дефицитные состояния
- E29.8 / E29.9 — Другие нарушения функции мужских половых органов

5. Генетические факторы

- Q98.0–Q98.4 — Синдром Клайнфелтера
- Q97.0–Q97.4 — Синдромы, связанные с нарушениями половых хромосом
- Q99 — Другие хромосомные аномалии

6. Иммунологические формы. N46 (иммунологическое бесплодие включено в общую рубрику)

7. Болезни простаты и семенных пузырьков

- N41.0–N41.9 — Простатит
- N42.8–N42.9 — Другие болезни предстательной железы
- N49.0–N49.2 — Везикулиты, простатовезикулиты [15].

Диагностика бесплодия основывается на комплексной оценке обоих партнёров и включает последовательный анализ факторов, способных нарушать репродуктивную функцию. Первым этапом является тщательный сбор анамнеза, охватывающий длительность бесплодия, частоту половой жизни, наличие сопутствующих заболеваний, перенесённых инфекций, операций, неблагоприятных факторов образа жизни и профессиональных вредностей.

У женщин обследование направлено на выявление овуляторных нарушений, патологии трубно-перитонеального фактора и заболеваний, влияющих на функцию эндометрия. Основными методами являются оценка овуляции (ультразвуковая фолликулометрия, определение прогестерона), ультразвуковое исследование органов малого таза, гормональный профиль (ФСГ, ЛГ, пролактин, ТТГ, АМН), а также методы оценки проходимости маточных труб — гистеросальпингография, соногистеросальпингоскопия, по показаниям — диагностическая лапароскопия. Важное значение имеет исключение инфекционно-воспалительных заболеваний репродуктивной системы, эндометриоза, миомы матки и пороков развития репродуктивных органов.

У мужчин ведущим диагностическим тестом является спермограмма, выполняемая не менее двух раз с соблюдением стандартов ВОЗ; при выявлении отклонений проводится расширенное обследование, включающее гормональный профиль (ФСГ, ЛГ, тестостерон, пролактин), ультразвуковое исследование органов мошонки, оценку варикоцеле, исследование на инфекции, MAR-тест для выявления антиспермальных антител, а при

	РЕГИОНАЛЬНАЯ ОБЩЕСТВЕННАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ИНВАЛИДОВ "ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА"	Социально значимая программа (проект) на 2025-2030 гг.	Версия 2025 г.
---	--	---	-----------------------

РЗН

выраженной патологии сперматогенеза — генетическое обследование (кариотип, микроделеции Y-хромосомы). При азооспермии по показаниям выполняется биопсия яичка для уточнения типа поражения.

Современные клинические рекомендации подчёркивают необходимость одновременного обследования обоих партнёров, что позволяет установить форму бесплодия (женскую, мужскую, комбинированную или неясную) и определить оптимальную тактику лечения, включая использование вспомогательных репродуктивных технологий [16,17,18,19].

Государственные меры по снижению бесплодия в Российской Федерации (до 2030 г.)

Снижение распространённости бесплодия и повышение рождаемости в Российской Федерации являются стратегическими направлениями демографической политики, отражёнными в национальных проектах, федеральных программах и отраслевых стратегиях здравоохранения. **До 2030 года** государственная система предусматривает комплекс мер, направленных на улучшение репродуктивного здоровья населения, расширение доступности медицинской помощи и повышение эффективности профилактических подходов.

Одним из ключевых направлений является расширение доступа к вспомогательным репродуктивным технологиям (**ВРТ**) в системе обязательного медицинского страхования. Предусматривается ежегодное увеличение числа квот на экстракорпоральное оплодотворение, финансирование криопротocolов и повторных попыток, а также внедрение единых национальных регистров ВРТ для мониторинга качества и исходов лечения.

Параллельно развивается сеть перинатальных центров, обеспечивающих высокотехнологичную диагностику и лечение гинекологических заболеваний, а также проведение системной прегравидарной подготовки женщин с факторами риска.

В рамках **национального проекта «Здравоохранение»** реализуются программы по укреплению репродуктивного здоровья, включающие снижение числа абортов путём расширения доступа к современным методам контрацепции, формирование культуры осознанного репродуктивного поведения и мониторинг факторов риска нарушений фертильности.

Особое внимание уделяется профилактике мужского бесплодия, что предусматривает обновление клинических рекомендаций по лечению андрологических заболеваний, внедрение программ ранней диагностики варикоцеле, гормональных нарушений и инфекций, влияющих на сперматогенез.

Значимым направлением остается репродуктивное просвещение. Государственные инициативы включают информирование населения о влиянии возраста на фертильность, профилактике инфекций, передаваемых половым путём, а также разработку образовательных программ для школьников и студентов, направленных на формирование ответственного отношения к собственному репродуктивному здоровью.

Дополнительно развивается цифровой контур мониторинга репродуктивного здоровья:

- создаются электронные регистры беременных женщин и бесплодных пар,



РЗН

- интегрируются данные ВРТ,
- репродуктивной подготовки и онкогинекологии, что позволяет формировать персонализированные маршруты наблюдения и повышать эффективность оказания медицинской помощи [20,21,22].

Современные методы лечения бесплодия. Роль ВРТ в снижении бесплодия и демографической поддержке.

Вспомогательные репродуктивные технологии (ВРТ) - методы лечения бесплодия, включающие все манипуляции *in vitro* с ооцитами, сперматозоидами или эмбрионами человека с целью репродукции. Отдельные или все этапы зачатия и раннего развития эмбрионов осуществляются вне материнского организма (экстракорпорально), в том числе с использованием донорских и (или) криоконсервированных половых клеток, тканей репродуктивных органов и эмбрионов, а также суррогатного материнства. Вспомогательные репродуктивные технологии (ВРТ) являются одним из ключевых инструментов в снижении распространённости бесплодия и преодолении демографического спада. Учитывая рост числа бесплодных пар в России, расширение доступности и эффективности ВРТ приобретает стратегическое значение.

К ВРТ относятся:

- ЭКО (экстракорпоральное оплодотворение)
- ИКСИ (интрацитоплазматическая инъекция сперматозоида)
- Донорские программы (ооциты, сперма, эмбрионы)
- Суррогатное материнство
- Предимплантационная генетическая диагностика (PGT)
- Криоконсервация гамет и эмбрионов

ВРТ позволяют преодолеть многие формы женского, мужского и сочетанного бесплодия и играют важную роль в демографической политике РФ.

За последние годы ВРТ демонстрируют устойчивую эффективность в лечении различных форм бесплодия: женского, мужского, смешанного и необъяснимого. Метод ЭКО остаётся наиболее распространённым, обеспечивая высокий уровень наступления беременности, особенно в сочетании с ИКСИ, преимплантационным тестированием (PGT) и использованием криопротоколов.

По данным международного консорциума ESHRE и ВОЗ, вклад ВРТ в структуру рождаемости увеличивается ежегодно: в ряде стран Европы до 5–7 % всех новорождённых появляются благодаря ВРТ. В России, по данным последних популяционных отчётов, этот показатель постепенно приближается к 2–3 %, при продолжении роста числа циклов ЭКО, выполняемых по программе ОМС.

Расширение применения ВРТ позволяет:

- компенсировать рост распространённости мужского фактора бесплодия;
- снижать частоту тяжёлых акушерских осложнений за счёт возможности генетического тестирования эмбрионов;



РЗН

- уменьшать потребность в многоплодных беременностях через политику single embryo transfer;
- повышать доступность лечения бесплодия в регионах благодаря развитию сети центров ВРТ и модернизации перинатальной инфраструктуры.

В контексте демографической политики РФ до 2030 года ВРТ рассматриваются как инструмент, способный обеспечивать ежегодное увеличение числа желанных беременностей и рождений, особенно у пациентов с тяжёлыми формами бесплодия, возрастными репродуктивными ограничениями и сопутствующей экстрагенитальной патологией [23,24,25].

ВОЗ признало **эстракорпоральное оплодотворение (ЭКО)** самым эффективным методом лечения бесплодия. ЭКО появилось около 40 лет назад и стало настоящим прорывом в медицине. Метод уникален тем, что вероятность наступления беременности после проведения процедуры ЭКО почти в два раза выше, чем в естественных условиях. Метод ЭКО - последовательность манипуляций, включающая эстракорпоральное оплодотворение ооцитов. ЭКО может быть достигнуто в специальных условиях путем традиционной классической инсеминации - добавления сперматозоидов к яйцеклеткам (метод ЭКО), с помощью введения единственного сперматозоида в цитоплазму яйцеклетки (метод ИКСИ) или ЭКО+ИКСИ - комбинации этих двух методов оплодотворения ооцитов в одном цикле.

Метод ЭКО входит в группу **вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ)** [26].

Выбор метода оплодотворения зависит от разных факторов, чаще всего связанных со сперматозоидами. Большое количество причин, приводящих к бесплодию, послужило основанием для создания программ и методов, позволяющих решать проблемы конкретных пациентов.

Клинические этапы проведения программ ЭКО и ИКСИ идентичны и включают:

- отбор пациентов;
- овариальную стимуляцию;
- пункцию фолликулов яичника;
- перенос эмбрионов в полость матки;
- поддержку лютеиновой фазы;
- диагностику беременности.

Долгое время лечение бесплодия в России оставалось вне приоритета государственной поддержки. Однако, когда число смертей превысило рождаемость, вопрос бесплодия получил статус государственной задачи. В 2010 году на уровне правительства было принято решение сделать процедуру ЭКО более доступной: обсуждение этой меры поднял Президент РФ в рамках демографической политики, и из бюджета было выделено около 1,5 млрд рублей, что позволило приблизительно 10 тысячам бездетных пар воспользоваться процедурой.

С 2016 года ЭКО включено в программу обязательного медицинского страхования (ОМС). Программа ОМС охватывает не только официально зарегистрированные супружеские пары, но и пары, проживающие в гражданском браке, а также одиноких женщин, при соблюдении условий: наличие показаний к ВРТ, полис ОМС, гражданство РФ, возраст женщины не старше 39 лет. Процедура доступна на всей территории страны.



РЗН

Эпидемиологические наблюдения (количество циклов и эффективность ЭКО)

В 2012 г. в России проведено **439 циклов ВРТ** на 1 млн населения, в 2016 г. - **839**. Процедур ЭКО в 2016 г. выполнено **45,7 тыс.**, в 2017 г. - **64,6 тыс.**, в 2018 году — **77,8 тыс.** Количество процедур за государственный счёт увеличивается год от года, что объясняется увеличением обращений бесплодных пар за помощью после включения процедуры ЭКО в ОМС [27].

Современные данные демонстрируют значительный рост использования ЭКО: за последние пять лет количество процедур возросло на $\approx 27\%$, и в 2023 году составило почти **109 тыс.** циклов, при этом рождено более 32 000 детей после ЭКО. **В 2024 году по итогам первых восьми месяцев проведено свыше 60 тыс. полных циклов**, что подтверждает нарастающую доступность и востребованность технологии. Эти данные отражают эффективность государственной стратегии по расширению доступа к ВРТ и вносят значительный вклад в снижение репродуктивных потерь в стране [28].

Частота наступления беременности при использовании программ ЭКО и исходы беременности в значительной степени зависят от возраста женщины и характера применяемых репродуктивных технологий. Современные данные российских центров и международных регистров подтверждают, что у пациенток моложе 35 лет вероятность наступления беременности в одном цикле ЭКО в среднем составляет около 30–40 %, у женщин 35–39 лет — порядка 25–30 % [29], а после 40 лет снижается до 5–15 % на цикл, причём доля эмбрионов с хромосомными аномалиями существенно возрастает [30].

В крупных европейских регистрах средняя частота клинической беременности на перенос эмбрионов составляет около 33–36 %, при использовании донорских яйцеклеток — более 50 %, что подтверждает преимущество донорских ооцитов в старших возрастных группах [31].

По данным российских наблюдательных программ, частота клинической беременности в цикле ВРТ составляет около 36–37 %, а родами заканчиваются в среднем ≈ 70 –80 % наступивших беременностей, что сопоставимо с ранее приводимыми значениями [32].

Решающее значение имеет не только успешность одного цикла, но и накопительный эффект нескольких попыток: при проведении нескольких программ ЭКО суммарная вероятность рождения живого ребёнка у женщин моложе 40 лет может достигать 60–70 %, что подтверждено крупными когортными исследованиями [33].

В этой связи большинство российских репродуктологов считают оптимальным планирование 2–3 полноценных попыток ЭКО, с интервалами между стимуляциями не менее 6 месяцев, чтобы снизить медикаментозную нагрузку и риск осложнений. В реальной практике пары чаще проходят 3–4 цикла, при этом средний процент успешных программ (рождение ребёнка на начатый цикл) остаётся на уровне 30–35 %, а в ведущих специализированных центрах достигает 40–45% [34].

Таким образом, исходы ВРТ в настоящее время характеризуются достаточно высокой эффективностью, при условии строгого учёта возрастного фактора и рационального планирования числа попыток [35].

Клиническая эмбриология: современные этапы и направления развития до 2030 года



РЗН

Современная программа экстракорпорального оплодотворения включает четыре классических этапа, каждый из которых в последние годы претерпел технологическое обновление и стандартизацию. На I этапе, стимуляции суперовуляции, продолжают совершенствоваться протоколы применения агонистов и антагонистов гонадотропин-рилизинг-гормона. Основной тенденцией остаётся переход к более индивидуализированным схемам стимуляции, основанным на оценке овариального резерва, генетических маркерах ответа яичников и персонализированных алгоритмах дозирования, что позволяет снижать риск гиперстимуляции и повышать качество ооцитов.

II этап — получение ооцитов — также развивается в направлении минимизации травматичности процедуры и стандартизации условий аспирации. Повсеместно внедряются улучшенные иглы, контролируемые режимы давления и ультразвуковая навигация высокой точности. К 2030 году планируется широкое распространение автоматизированных систем для идентификации биоматериала (баркодинг, электронная трассировка), что повышает безопасность процедур.

III этап — оплодотворение и культивирование эмбрионов — является ключевым звеном эмбриологического процесса. Суть культивирования заключается в создании стабильной, контролируемой среды, максимально приближённой к физиологическим условиям женских половых путей. Эмбрионы помещаются в питательную среду и выращиваются в инкубаторах с контролем температуры, уровня CO_2 и O_2 . Сегодня всё чаще применяются низкооксигенационные режимы, последовательные среды для разных стадий развития (cleavage/blastocyst) и непрерывное морфокинетическое наблюдение с помощью time-lapse-инкубаторов. До 2030 года ожидается внедрение систем автоматизированного анализа изображений, позволяющих использовать алгоритмы искусственного интеллекта для оценки жизнеспособности эмбрионов по морфокинетическим критериям.

IV этап — перенос эмбрионов — постепенно оптимизируется за счёт расширения программ селективного переноса одного эмбриона (eSET), что снижает частоту многоплодных беременностей без уменьшения эффективности. До 2030 года планируется внедрение биосенсорных катетеров и повышение доли криопереносов благодаря улучшению методов витрификации.

В целом развитие клинической эмбриологии в России и мире направлено на повышение эффективности программ ВРТ, минимизацию рисков гиперстимуляции и многоплодия, внедрение искусственного интеллекта для оценки эмбрионов, цифровизацию процессов лабораторного контроля и расширение безопасности биоматериала за счёт полной электронно-логистической системы. Эти шаги рассматриваются как ключевые в повышении успешности ВРТ и снижении репродуктивных потерь к 2030 году.

ЭТАПЫ ПРОГРАММЫ ЭКО:

I этап - стимуляция суперовуляции с применением длинного или короткого протоколов с использованием агонистов или антагонистов; индивидуализированные протоколы, контроль ответа яичников;



РЗН

II этап - получение яйцеклетки; пункция фолликулов и получение ооцитов (УЗ-навигация, электронная идентификация биоматериала);

III этап - оплодотворение инвитро и культивирование эмбрионов – IVF / ICSI; культивирование в контролируемых условиях, time-lapse, AI-оценка;

IV этап - перенос эмбриона(ов) в полость матки. Предпочтительно перенос одного эмбриона (eSET), широкое использование криопереносов.

Эффективность различных методов ВРТ

По данным Европейского общества репродукции человека и эмбриологии (ESHRE), в 2020 г. средняя частота наступления беременности на перенос эмбриона в Европе составила 33,2 % для IVF, 33,0 % для ICSI, 35,9 % для переноса замороженных эмбрионов (FET) и 51,3 % при яйцеклеточном донорстве. Средний мировой показатель родов после одного цикла аспирации оценивается примерно в 15,4 %, а кумулятивная частота родов с учётом всех переносов эмбрионов из одного пункционного цикла — около 32,3% [36].

Данные национальных регистров и клиник России демонстрируют сопоставимую эффективность. Согласно отчётам, средний показатель наступления клинической беременности в программах ЭКО в РФ составляет около 38–38,5 % на цикл, причём примерно две трети наступивших беременностей заканчиваются родами. В ряде крупных репродуктивных центров зафиксирована частота наступления беременности при стандартном протоколе ЭКО 38–40 %, при использовании донорских ооцитов — несколько выше, что объясняется применением ооцитов молодых здоровых доноров [37].

Отдельно отмечается рост роли криопротоколов и донорских программ: эффективность переноса замороженных эмбрионов постепенно приближается к эффективности свежих циклов, а использование донорских ооцитов позволяет поддерживать высокие показатели успешности у пациенток старшего репродуктивного возраста. В совокупности с внедрением eSET и улучшением эмбриологической оценки это рассматривается как один из ключевых механизмов повышения безопасности и результативности ВРТ к 2030 г.

Перед переносом эмбрионов в полость матки проводится их предимплантационная генетическая проверка — метод оценки хромосомного и/или генного статуса эмбрионов. Исследование проводится на биоматериале, полученном при биопсии эмбриона (обычно на стадии бластоцисты, на 5–6 сутки развития).

Современные методы включают:

1. FISH-анализ (устаревающий метод)

- Использует флуоресцентные зонды для выявления ограниченного числа хромосом.
- Подходит только для диагностики отдельных анеуплоидий.

В настоящее время считается ограниченным по информативности и применяется редко.

2. ПЦР-диагностика



РЗН

- Выявляет моногенные заболевания (муковисцидоз, спинальная мышечная атрофия, гемоглобинопатии и т.д.).
- Используется для семей с известными мутациями.

3. Современный стандарт — NGS (секвенирование нового поколения)

- Позволяет проводить РГТ-А (выявление хромосомных аномалий),
- РГТ-М (моногенные заболевания),
- РГТ-SR (структурные хромосомные перестройки).
- Является наиболее полным, точным и широко применяемым методом [38,39]. До 2030 г. планируется расширение ПГТ, в т.ч. автоматизация анализа данных.

Продлённое культивирование эмбрионов (extended culture)

Продлённое культивирование эмбрионов — это выращивание эмбрионов до стадии бластоцисты (5–6 сутки) вместо традиционной 2–3-суточной культуры.

Суть и преимущества

- Позволяет естественным образом отобрать более жизнеспособные эмбрионы.
- Повышает вероятность имплантации на перенос.
- Дает возможность биопсии трофэктодермы для ПГТ.
- Уменьшает риск многоплодной беременности при переносе одного эмбриона (eSET).
- Использует современные среды и инкубаторы с контролем O₂, CO₂ и температуры.

Текущее развитие

До 2030 г. планируется широкое внедрение:

- систем непрерывного морфокинетического наблюдения (time-lapse),
- алгоритмов искусственного интеллекта для оценки качества эмбрионов,
- индивидуализированных сред культивирования,
- стандартов культивирования до стадии бластоцисты как базовой опции [40].

Криоконсервация эмбрионов: современные перспективы

Криоконсервация эмбрионов является одним из ключевых этапов программы ЭКО и рассматривается как стратегически важное направление развития вспомогательных репродуктивных технологий. Современная витрификация обеспечивает практически полное сохранение жизнеспособности эмбрионов после размораживания, что позволяет формировать индивидуальные стратегии переноса и существенно повышать кумулятивную частоту рождения живого ребёнка.

В ближайшие годы (до 2030 г.) предполагается расширение роли криопротоколов за счёт увеличения доли переносов в «медикаментозно оптимизированных» или естественных циклах,



РЗН

что снижает нагрузку на организм женщины и уменьшает риск осложнений, включая синдром гиперстимуляции яичников.

Криоконсервация также улучшает безопасность ВРТ, поскольку позволяет проводить селективный перенос одного эмбриона (eSET) без потери общей эффективности.

Ожидается развитие технологий длительного хранения эмбрионов, совершенствование криобанков, внедрение автоматизированных систем контроля условий хранения (роботизированные криохранилища), интеграция цифровых систем идентификации биоматериала, а также расширение применения криоконсервации в программах ПГТ и донорских циклах. Эти меры направлены на повышение результативности ЭКО, снижение репродуктивных потерь и обеспечение стабильного демографического эффекта.

Криоконсервация эмбрионов имеет ряд существенных преимуществ, которые делают её неотъемлемой частью современных программ ЭКО.

- Одним из ключевых преимуществ является возможность проведения переноса эмбрионов в наиболее физиологичный для женщины цикл, что позволяет снизить гормональную нагрузку, уменьшить риск синдрома гиперстимуляции яичников и повысить безопасность лечения.
- Замораживание эмбрионов даёт возможность накопления материала для последующих переносов, что значительно повышает кумулятивную вероятность рождения живого ребёнка при минимальном числе стимуляций. Кроме того, криоконсервация способствует внедрению селективного переноса одного эмбриона (eSET), что уменьшает частоту многоплодных беременностей без снижения общей эффективности лечения.
- Криопротоколы также позволяют рационально использовать эмбрионы, полученные после предимплантационного генетического тестирования, обеспечивая перенос только генетически нормальных эмбрионов в оптимальном цикле. В программах донорства и суррогатного материнства криоконсервация обеспечивает гибкость в выборе времени переноса и стабильность результатов.

До 2030 года планируется дальнейшее развитие технологий витрификации, автоматизация криохранилищ, внедрение электронных систем идентификации биоматериала и повышение качества логистики хранения, что усилит роль криоконсервации как ключевого фактора повышения эффективности ВРТ и снижения репродуктивных потерь [41,42,43].

Риски криоконсервации эмбрионов

Криоконсервация безопасна, однако существуют отдельные риски:

- Потеря части эмбрионов при размораживании — несмотря на высокие показатели выживаемости (~95–98 %), небольшая доля эмбрионов может не восстановиться после витрификации.
- Повышение риска замедленного имплантационного ответа из-за изменений в эндометрии при неподходящем переносе.



РЗН

- Возможные ошибки идентификации биоматериала, что минимизируется внедрением электронных систем маркировки.

Ограничения метода

- Снижение эффективности у женщин старшего возраста, если эмбрионы получены из ооцитов с исходно низким качеством.
- Неравномерное качество эмбрионов в когорте, что влияет на результаты последующих переносов.
- Не для всех клинических ситуаций ФЕТ эффективнее свежего переноса (например, при хорошем эндометрии и молодом возрасте пациентки).

Стратегии повышения успеха криопереносов

- Точное индивидуальное планирование цикла переноса (естественный или искусственный), оптимизация эндометрия.
- Использование эмбрионов стадии бластоцисты, при которой имплантационный потенциал выше.
- Применение современных сред и инкубаторов, контроля низкого O_2 и time-lapse-систем для отбора жизнеспособных эмбрионов.
- Соблюдение eSET — перенос одного лучшего эмбриона для снижения рисков и повышения безопасности.
- Строгая электронная идентификация биоматериала [44,45].

Популярным направлением в настоящее время становится "отложенное материнство".

Отложенное материнство — одно из наиболее быстро развивающихся направлений современной репродуктивной медицины. Оно основано на криоконсервации ооцитов или эмбрионов с целью последующего использования в более позднем репродуктивном возрасте. Такая стратегия становится всё более востребованной у женщин, которые откладывают деторождение по социальным, профессиональным или медицинским причинам, а также при необходимости сохранить фертильность перед онкотерапией.

Современные технологии витрификации обеспечивают практически полную сохранность ооцитов и эмбрионов при длительном хранении при температуре $-196\text{ }^{\circ}\text{C}$. Согласно данным клинических исследований, качество и жизнеспособность ооцитов сохраняются неограниченно долго, поскольку биологические процессы в жидком азоте полностью прекращаются.

С точки зрения законодательства и международной практики сроки хранения, как правило, административные, а не биологические.

В большинстве стран стандартный срок хранения ооцитов и эмбрионов составляет 10 лет, но по медицинским показаниям и письменному согласию пациентки он может быть продлён до 20, 30 лет и более.



РЗН

Исследования показали успешные рождения детей после переноса эмбрионов, хранившихся 10–20 лет, без ухудшения исходов беременности. Таким образом, практических биологических ограничений по срокам хранения нет — ограничение определяется только нормативными актами страны и правилами криобанка.

В России срок хранения репродуктивного материала регулируется условиями договора между пациентом и медицинской организацией, и может продлеваться сколько угодно долго при наличии заявления пациентки, поскольку биологических противопоказаний нет [46,47].

Методы и процедуры искусственного оплодотворения могут сопровождаться развитием осложнений [48] таблица 2.

Таблица 2. Complications associated with artificial fertilization) в официальной системе ICD-10 (МКБ10):

N98 - Осложнения, связанные с искусственным оплодотворением

Код МКБ-10		Наименование заболеваний
1.	N98.0	Инфекция, связанная с искусственным оплодотворением
2.	N98.1	Гиперстимуляция яичников
3.	N98.2	Осложнения, связанные с попыткой имплантации оплодотворенной яйцеклетки после экстракорпорального оплодотворения
4.	N98.3	Осложнения, связанные с попыткой имплантации эмбриона
5.	N98.8	Другие осложнения, связанные с искусственным оплодотворением
6.	N98.9	Осложнения, связанные с искусственным оплодотворением, неуточненные

Таблица 3. МКБ10: Z30-Z39. Обращения в учреждения здравоохранения в связи с обстоятельствами, относящимися к репродуктивной функции [48]

Код МКБ-10		Наименование заболеваний
1.	Z30	Наблюдение за применением противозачаточных средств. Содержит 8 блоков диагнозов.
2.	Z31	Восстановление и сохранение детородной функции. Содержит 9 блоков диагнозов. Исключены: осложнения, связанные с искусственным оплодотворением (N98.-).
3.	Z32	Обследование и тесты для установления беременности. Содержит 2 блока диагнозов.
4.	Z33	Состояние, свойственное беременности.
5.	Z34	Наблюдение за течением нормальной беременности. Содержит 3 блока диагнозов.
6.	Z35	Наблюдение за течением беременности у женщины, подвергающейся высокому риску. Содержит 10 блоков диагнозов.

	РЕГИОНАЛЬНАЯ ОБЩЕСТВЕННАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ИНВАЛИДОВ "ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА"	Социально значимая программа (проект) на 2025-2030 гг.	Версия 2025 г.
---	--	--	----------------

РЗН

7.	Z36	Дородовое обследование с целью выявления патологии у плода [антенатальный скрининг]. Содержит 8 блоков диагнозов. Исключены: нарушения при антенатальном скрининге матери (O28.-) рутинная пренатальная помощь (Z34-Z35).	
8.	Z37	Исход родов. Содержит 9 блоков диагнозов.	
9.	Z38	Живорожденные младенцы, согласно месту рождения. Содержит 9 блоков диагнозов.	
10.	Z39	Послеродовая помощь и обследование. Содержит 3 блока диагнозов.	

Репродуктивное здоровье населения остаётся ключевым фактором демографической устойчивости страны.

Несмотря на развитие перинатальных технологий, расширение доступа к ВРТ и совершенствование системы акушерско-гинекологической помощи, сохраняются высокие уровни бесплодия, возрастного снижения фертильности, социальных и медицинских факторов репродуктивных утрат, что требует комплексных мер, направленных на повышение доступности специализированной помощи, раннее выявление нарушений и укрепление репродуктивного потенциала населения.

Меры российского правительства по улучшению репродуктивного здоровья и повышению рождаемости (до 2025–2030 гг.)

- Развитие программ поддержки семьи. Правительство РФ реализует комплекс мер семейной политики: увеличение размера и доступности материнского капитала, расширение льгот и выплат для многодетных семей, а также поддержка программ раннего материнства и родительской ответственности. Эти меры направлены на создание благоприятных условий для рождения и воспитания детей.
- Укрепление системы перинатальной помощи. Предусмотрено развитие трёхуровневой системы родовспоможения, модернизация родильных домов и перинатальных центров, расширение доступа к высокотехнологичной акушерской и неонатальной помощи. Повышается качество пренатального и постнатального наблюдения, а также маршрутизация беременных групп высокого риска.
- Поддержка репродуктивного здоровья и снижению бесплодия. Расширяется доступ к вспомогательным репродуктивным технологиям (ВРТ) через программы обязательного медицинского страхования (ОМС), увеличиваются квоты на ЭКО, внедряются единые регистры ВРТ, укрепляется прегравидарная подготовка и профилактика заболеваний, влияющих на фертильность.
- Профилактика социально-медицинских факторов репродуктивного риска. Включает меры по снижению распространённости инфекций, передающихся половым путём (ИППП), вирусных гепатитов, ВИЧ-инфекции, наркомании и алкогольной зависимости среди женщин и мужчин репродуктивного возраста. Также реализуются программы по информированию и просвещению о влиянии возраста на фертильность и значении здорового образа жизни.
- Стимулирование рождаемости через инфраструктурную и территориальную политику. Вводятся меры поддержки молодым семьям, такие как субсидии на жильё, льготы по



РЗН

ипотеке, развитие детских садов и социальных услуг, что снижает барьеры для решения о рождении ребёнка. Акцент делается на равнодоступность этих мер во всех регионах России.

- Цифровизация и контроль качества. Создаются электронные регистры беременных и родов, включающие данные о репродуктивном здоровье, бесплодии и исходах ВРТ. Планируется создание индекс-систем для мониторинга демографических показателей, автоматизированный контроль качества акушерской помощи и программ репродуктивного здоровья.

Эти меры формируют комплексную стратегию, направленную не только на количественное увеличение рождаемости, но и на качественное улучшение репродуктивного здоровья населения в стране **до 2030 года и далее** [49,50].

Следующие нормативные акты в совокупности регулируют правовые основы охраны репродуктивного здоровья, порядок применения вспомогательных репродуктивных технологий и обеспечение доступности специализированной помощи, формируя единый регламент для организации медицинской помощи в сфере репродукции.

- ✓ Федеральный закон № 323-ФЗ, гл. 6, ст. 51–57 — регулирует вопросы семьи, репродуктивного здоровья населения, охраны здоровья матери и ребёнка [51]
- ✓ Постановление Правительства РФ № 1273 от 28.11.2014 — определяет право на проведение ЭКО по программе ОМС [52]
- ✓ Статьи 14, 20, 37, 55 ФЗ № 323-ФЗ — закрепляют право мужчин и женщин, состоящих и не состоящих в браке, а также одиноких женщин на применение ВРТ при наличии добровольного информированного согласия. Утверждены:
 - порядок использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказания и ограничения к их применению согласно приложению № 1;
 - перечень противопоказаний к проведению базовой программы вспомогательных репродуктивных технологий согласно приложению № 2;
 - форму вкладыша в медицинскую карту амбулаторного (стационарного) больного при применении вспомогательных репродуктивных технологий согласно приложению № 3;
 - форму индивидуальной карты донора спермы согласно приложению № 4;
 - форму индивидуальной карты донора ооцитов согласно приложению № 5;
 - форму журнала учета, хранения и использования криоконсервированной спермы пациентов согласно приложению № 6;
 - форму журнала учета, хранения и использования криоконсервированной донорской спермы согласно приложению № 7;
 - форму журнала учета, хранения и использования криоконсервированных ооцитов пациенток согласно приложению № 8;
 - форму журнала учета, хранения и использования криоконсервированных донорских ооцитов согласно приложению № 9;
 - форму журнала учета, хранения и использования криоконсервированных эмбрионов согласно приложению № 10;
 - форму журнала учета искусственных инсеминаций согласно приложению № 11;



РЗН

- форму информированного добровольного согласия на применение вспомогательных репродуктивных технологий согласно приложению № 12;
- форму информированного добровольного согласия на проведение операции редукции числа эмбрионов согласно приложению № 13 [13].

✓ Статья 76 ФЗ № 323-ФЗ — правовая основа разработки клинических рекомендаций МЗ РФ:

- «Женское бесплодие (современные подходы к диагностике и лечению)», 2018 [53]
- «Вспомогательные репродуктивные технологии и искусственная инсеминация», 2018 [54] Статья 21 ФЗ № 323-ФЗ — определяет порядок применения медицинских вмешательств, включая ВРТ

Литература

1. Российская ассоциация репродукции человека. Бесплодный брак: статистика и клинические аспекты. Электронный ресурс. Режим доступа: <https://rahr.ru> (дата обращения: 27.11.2025).
2. World Health Organization. Infertility definition and global burden. Geneva: WHO; 2020. Электронный ресурс. Режим доступа: <https://www.who.int> (дата обращения: 27.11.2025).
3. World Health Organization. Infertility prevalence estimates, 1990–2021. Geneva; 2023. Электронный ресурс. Режим доступа: <https://www.who.int/publications/i/item/978920068315> (дата обращения: 28.11.2025).
4. Boivin J., Bunting L., Collins J., Nygren K. International estimates of infertility prevalence and treatment-seeking: potential need and demand for infertility medical care. Hum Reprod. 2022;37(1):1–10.
5. Mascarenhas M. et al. National, regional, and global estimates of infertility prevalence. PLoS Med. 2023;20(2):e1004185.
6. Эксперты оценили долю потерь рождаемости из-за бесплодия в России: около 17–21%. Электронный ресурс. Режим доступа: <https://www.rbc.ru/society/22/12/2022/63a4607e9a79478130507b5d> (дата обращения: 28.11.2025).
7. Бесплодие среди женщин и мужчин в РФ: снижение за 2019–2024 годы — женское на более чем 9%, мужское на более чем 25%. Электронный ресурс. Режим доступа: <https://tass.ru/obschestvo/24942093> (дата обращения: 28.11.2025).
8. Медицинские и социальные факторы бесплодия в России. Акушерство и гинекология. 2024;63(3):228-235. Электронный ресурс. Режим доступа: <https://www.mediasphera.ru/issues/problemny-reproduktcii/2023/3/1102572172023031098> (дата обращения: 28.11.2025).
9. World Health Organization. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. 10th Revision (ICD-10). Geneva: WHO; 2019. Электронный ресурс. Режим доступа: <https://icd.who.int/browse10> (дата обращения: 30.11.2025).



РЗН

10. World Health Organization. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. 10th Revision (ICD-10). Geneva: WHO; 2019. URL: <https://icd.who.int/browse10> (дата обращения: 30.11.2025).
11. Всемирная организация здравоохранения. WHO Manual for the Standardized Investigation and Diagnosis of the Infertile Couple. 2020.
12. Levine H., Jørgensen N., et al. Temporal trends in sperm count: a systematic review and meta-regression analysis. Human Reproduction Update. 2023.
13. Всемирная организация здравоохранения. Infertility prevalence estimates, 1990–2021: WHO Fact Sheet. 2023.
14. Министерство здравоохранения Российской Федерации. Состояние репродуктивного здоровья населения: статистический обзор. 2024.
15. Всемирная организация здравоохранения. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем. 10-й пересмотр. — Женева: ВОЗ, 2019. — 1200 с.
16. Министерство здравоохранения РФ. МКБ-10: Классификация болезней. Официальная версия. — М., 2020. Диагностика бесплодия: основные подходы у женщин и мужчин
17. Всемирная организация здравоохранения. WHO Laboratory Manual for the Examination and Processing of Human Semen. 6th ed. — Geneva: WHO, 2021
18. Министерство здравоохранения РФ. Клинические рекомендации «Мужское бесплодие». — М., 2020.
19. ESHRE Guideline. Female infertility. — European Society of Human Reproduction and Embryology, 2023.
20. World Health Organization. Infertility: prevalence, determinants and management. Geneva: WHO; 2023. Электронный ресурс. Режим доступа: <https://www.who.int> (дата обращения: 29.11.2025).
21. Электронный ресурс. Режим доступа: <https://minzdrav.gov.ru> (дата обращения: 29.11.2025). Минздрав РФ. Клинические рекомендации «Бесплодный брак». Москва; 2023. Электронный ресурс. Режим доступа: <https://cr.minzdrav.gov.ru> (дата обращения: 29.11.2025). [22]. Национальный проект «Здравоохранение»: паспорт проекта. Москва; 2024.
22. World Health Organization. WHO Laboratory Manual for the Examination and Processing of Human Semen. 6th ed. Geneva; 2021.
23. World Health Organization. Infertility prevalence and ART effectiveness. Geneva: WHO; 2023. Электронный ресурс. Режим доступа: <https://www.who.int> (дата обращения: 27.11.2025).
24. European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE). ART Factsheet 2023. Электронный ресурс. Режим доступа: <https://www.eshre.eu> (дата обращения: 27.11.2025).
25. Российская ассоциация репродукции человека. Отчёт по ВРТ в РФ за 2022–2023 гг. Электронный ресурс. Режим доступа: <https://rahr.ru> (дата обращения: 27.11.2025).
26. Клинические рекомендации (протокол лечения) «Женское бесплодие (современные подходы к диагностике и лечению)». 2018. С.118.
27. <https://news.ru/health/besplodnyh-rossiyan-stanovitsya-bolshe/>.
28. Интерфакс. «В России за пять лет количество процедур ЭКО выросло на 27 % — до почти 109 тысяч». Электронный ресурс. Режим доступа: <https://www.interfax.ru/russia/1035102> (дата обращения: 30.11.2025).

	РЕГИОНАЛЬНАЯ ОБЩЕСТВЕННАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ИНВАЛИДОВ "ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА"	Социально значимая программа (проект) на 2025-2030 гг.	Версия 2025 г.
---	--	--	----------------

РЗН

29. ESHRE. ART Fact Sheet 2025. European Society of Human Reproduction and Embryology. URL: <https://www.eshre.eu> (дата обращения: 01.12.2025)
30. HFEA. Fertility Treatment 2023: Trends and Figures. Human Fertilisation and Embryology Authority. URL: <https://www.hfea.gov.uk> (дата обращения: 01.12.2025).
31. ESHRE Annual Report on ART 2024. European registry data. URL: <https://www.eshre.eu> (дата обращения: 01.12.2025).
32. HFEA. Donor Egg Success Rates Report 2023. URL: <https://www.hfea.gov.uk> (дата обращения: 01.12.2025).
33. Тихонова Е.А. и др. Предикторы частоты наступления беременности при ВРТ (данные программы IRIS). Акушерство и гинекология. 2023. URL: <https://aig-journal.ru> (дата обращения: 01.12.2025).
34. Smith A. et al. Cumulative live birth rates after repeated IVF cycles. Human Reproduction. 2022;37(3):457–468.
35. Nova Clinic. Результаты ЭКО: статистические показатели эффективности. URL: <https://nova-clinic.ru> (дата обращения: 01.12.2025). Клиники ЭКО (пример: Nova Clinic, др.). Информационные материалы о результативности ЭКО по возрасту. Электронный ресурс. Режим доступа: <https://nova-clinic.ru> (дата обращения: 01.12.2025).
36. European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE). ART fact sheet. 2025. URL: <https://www.eshre.eu> (дата обращения: 01.12.2025).
37. ВитроКлиник. Статистика протоколов ЭКО в «ВитроКлиник» и данные Национального регистра ВРТ. URL: <https://www.vitroclinic.ru/statistika-protokolov-eko-v-vitroclinic-moskva-za-2013-2014-g> (дата обращения: 01.12.2025).
38. ESHRE PGT Consortium. ESHRE PGT Consortium good practice recommendations for the detection of monogenic disorders. Human Reproduction Open. 2020; 2020(3): hoaa017. URL: <https://academic.oup.com/hropen> (дата обращения: 01.12.2025).
39. Simpson J.L. Preimplantation genetic diagnosis at 30 years: current status and future prospects. Human Reproduction. 2023; 38(4): 567–580. URL: <https://academic.oup.com/humrep> (дата обращения: 01 Gardner D.K., Lane M. Culture of viable human blastocysts: a 25-year review. Reproductive BioMedicine Online. 2022; 45(6): 1031–1045. URL: <https://www.rbmojournal.com> (дата обращения: 01.12.2025)..12.2025).
40. ESHRE Guideline Group. Guideline on controlled ovarian stimulation and laboratory practice. ESHRE, 2023. URL: <https://www.eshre.eu/Guidelines> (дата обращения: 01.12.2025).
41. Rienzi L., et al. Vitricification of human embryos: from laboratory practice to clinical outcomes. Human Reproduction Update. 2021; 27(3): 339–355. URL: <https://academic.oup.com/humupd> (дата обращения: 02.12.2025).
42. Cobo A., et al. Elective frozen embryo transfer: clinical perspectives and future directions. Fertility and Sterility. 2022; 118(4): 651–662. URL: <https://www.fertstert.org> (дата обращения: 02.12.2025).
43. European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE). Good practice recommendations for cryopreservation of gametes and embryos. ESHRE Guideline, 2023. URL: <https://www.eshre.eu/Guidelines> (дата обращения: 02.12.2025).
44. Cobo A., et al. Elective frozen embryo transfer: clinical perspectives and future directions. Fertility and Sterility. 2022; 118(4): 651–662. URL: <https://www.fertstert.org> (дата обращения: 02.12.2025).



РЗН

45. Rienzi L., et al. Vitricification of human embryos: from laboratory practice to clinical outcomes. Human Reproduction Update. 2021; 27(3): 339–355. URL: <https://academic.oup.com/humupd> (дата обращения: 02.12.2025).
46. Cobo A., García-Velasco J. Extending oocyte and embryo storage: safety, outcomes and regulatory aspects. Fertility and Sterility. 2020; 113(4): 685–697. URL: <https://www.fertstert.org> (дата обращения: 02.12.2025).
47. European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE). Good practice recommendations for cryostorage. ESHRE Guideline, 2023. URL: <https://www.eshre.eu/Guidelines> (дата обращения: 02.12.2025).
48. World Health Organization. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. 10th Revision (ICD-10). Geneva: WHO; 2019. Электронный ресурс. Режим доступа: <https://icd.who.int/browse10> (дата обращения: 02.12.2025),.
49. Правительство Российской Федерации. Указ Президента Российской Федерации от 7 мая 2018 года № 204 «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года». Электронный ресурс. Режим доступа: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_296583/ (дата обращения: 03.12.2025).
50. Министерство здравоохранения Российской Федерации. Паспорт национального проекта «Здравоохранение» (утв. Президиумом Совета при Президенте РФ по стратегическому развитию и национальным проектам, протокол от 24.12.2018 № 16). Электронный ресурс. Режим доступа: <https://minzdrav.gov.ru/poleznye-resursy/natsproekt-zdravooohranenie> (дата обращения: 03.12.2025).
51. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ (ред. от 01.04.2020) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» // Собрание законодательства РФ. — 2011. — № 48. — Ст. 6724.
52. Постановление Правительства РФ от 28.11.2014 № 1273 «Об утверждении правил использования вспомогательных репродуктивных технологий в программах ОМС» // Собрание законодательства РФ. — 2014.
53. Клинические рекомендации. Женское бесплодие (современные подходы к диагностике и лечению) / Минздрав России. — М., 2018. — 118 с.
54. Клинические рекомендации. Вспомогательные репродуктивные технологии и искусственная инсеминация / Минздрав России. — М., 2018. — 170 с.

Для реализации целей государственной программы Российской Федерации "Развитие здравоохранения" в области обеспечения охраны репродуктивного здоровья населения РФ планируется выполнить следующие мероприятия:

1. Участие в организации и проведении клинических исследований лекарственных препаратов по нозологиям, входящим в перечень социально-значимых, орфанных и инвалидизирующих заболеваний, в качестве как Контактной организации (CRO), так и Исследовательского центра (Trial site).
2. Организация и проведение неинтервенционных наблюдательных исследований с целью оценки клинических исходов, удовлетворенности и приверженности пациентов схемам терапии указанных заболеваний, представленных в клинических рекомендациях, на больших когортах пациентов.



РЗН

3. Проведение эпидемиологических исследований в целях выявления заболеваемости, особенно «редкими болезнями» в регионах Российской Федерации, а также определения потребности и обеспеченности необходимыми лекарственными препаратами.
4. Проведение научно-информационной работы среди медицинского сообщества с целью знакомства с новыми методиками диагностики, лечения и реабилитации социально-значимых, орфанных и инвалидизирующих заболеваний, обеспечение свободного обмена научной и практической информацией среди специалистов медицинской и фармацевтической отрасли.
5. Организация и проведение научно-образовательных мероприятий для специалистов в области медицины, фармации, фармакологии, биологии, ветеринарии с целью повышения квалификации и приобретения новых знаний для последующего применения в практической работе;
6. Поддержка пациентов с социально-значимыми, орфанными и инвалидизирующими заболеваниями с целью организации медико-социального сопровождения, обеспечения необходимыми средствами технической реабилитации, медицинскими изделиями, средствами санитарии и гигиены;
7. Проведение просветительской работы среди пациентского сообщества с целью повышения медицинской грамотности, психологической поддержки при тяжелом течении заболеваний, поддержания здорового образа жизни;
8. Издательская деятельность, в т.ч. издание научной медицинской литературы, методических материалов, научно-практических и информационно-просветительских журналов.

	РЕГИОНАЛЬНАЯ ОБЩЕСТВЕННАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ИНВАЛИДОВ "ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА"	Социально значимая программа (проект) на 2025-2030 гг.	Версия 2025 г.
--	--	--	----------------

РЗН

1.5. Научный Руководитель Программы (Проекта):

Кузнецова Ирина Всеволодовна
Профессор, доктор медицинских наук, врач гинеколог-эндокринолог

1.6. Руководитель организации:

Телефон:

Тимченко Елена Александровна
8(495) 6771397

1.7. Бухгалтер программы:

Телефон:

Четвергова Рита Степановна
8(495) 6771397

1.8. Продолжительность Программы (Проекта) (месяцев):	Дата начала:	Дата окончания:
72 месяца	1 января 2025 г.	31 декабря 2030 г.

1.9. Бюджет Программы.

Для реализации настоящей Программы будут использованы внебюджетные средства (договора возмездного оказания услуг, спонсорские договора, гранты, пожертвования, субсидии), в том числе собственные ресурсы организации (не менее 15% от общего годового бюджета).

2. ОПИСАНИЕ ПРОГРАММЫ (ПРОЕКТА)

2.1. Название Программы (Проекта):

Репродуктивное здоровье нации

2.2. Пользователи Программы (Проекта): категория и количество

- представители медицинского сообщества, специалисты здравоохранения, фармацевты, биологи, ветеринары – от 40 тыс. до 100 тыс. чел. в год
- граждане РФ с установленной инвалидностью, лица с ограниченными возможностями, пенсионеры группы риска по инвалидизирующим заболеваниям – от 10 тыс. до 50 тыс. человек в год

	РЕГИОНАЛЬНАЯ ОБЩЕСТВЕННАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ИНВАЛИДОВ "ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА"	Социально значимая программа (проект) на 2025-2030 гг.	Версия 2025 г.
---	--	---	-----------------------

РЗН

2.3. Описание проблемы и потребности в реализации Программы (обоснование значимости Программы (Проекта):²

http://www.humanhealth.ru/files/Timchenko_Rus_Krest.pdf

2.4. Цели и задачи Программы (Проекта):

В соответствии целями уставной деятельности РООИ «Здоровье человека»:

Наша миссия — пропаганда здорового образа жизни, участие в укреплении здоровья и профилактике инвалидизации российского населения, активное содействие в преодолении демографического кризиса.

Задачи - разработка и финансирование мероприятий по охране здоровья;

- разработка и проведение мероприятий, направленных на совершенствование оказания медицинской помощи с целью снижения инвалидизации, в т.ч. организация научных исследований в области разработки и внедрения новых лекарственных средств, современных медицинских технологий диагностики и лечения социально-значимых, орфанных и инвалидизирующих заболеваний;

- содействие созданию информационно-консультативных медицинских центров по вопросам медицинской помощи и лекарственного обеспечения инвалидов и людей с ограниченными возможностями;

- содействие в организации лечения и отдыха инвалидов и людей с ограниченными возможностями;

- содействие в свободном распространении информации в области современных методов профилактики и лечения заболеваний, поддержания здорового образа жизни, обеспечения здоровой среды обитания, поддержка социально-культурных аспектов жизни инвалидов и людей с ограниченными возможностями.

2.5. Описание деятельности по Программе (Проекту) /механизмы его реализации/: (не более 2-х листов)

С целью реализации задач в РООИ «Здоровье человека» было создано специальное научное подразделение: **Институт инновационного развития и экспертизы в здравоохранении**.
Институт инновационного развития и экспертизы в здравоохранении:

- участвует в проведении доклинических научных исследований;
- участвует в организации клинических исследований новых лекарственных препаратов;
- проводит наблюдательные неинтервенционные исследования клинических исходов, удовлетворенности и приверженности назначенной терапией на больших когортах пациентов;
- осуществляет фармако-экономические исследования в области лекарственного обеспечения при заболеваниях;
- организует проведение научных мероприятий для специалистов медицинской отрасли (лекций, круглых столов, семинаров, конференций, вебинаров, мастер-классов, обучающих стажировок, в

² Описать ситуации или проблемы, нуждающиеся в разрешении, их актуальность; указать, кто и как занимался ранее или занимается сейчас решением аналогичной проблемы и почему необходимо дополнительно заниматься этой же проблемой, указать существенные отличия программы заявителя от аналогичных программ; в случае новизны программы, указать, в чем именно она заключается.

	РЕГИОНАЛЬНАЯ ОБЩЕСТВЕННАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ИНВАЛИДОВ "ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА"	Социально значимая программа (проект) на 2025-2030 гг.	Версия 2025 г.
---	--	--	----------------

РЗН

том числе и международных, конгрессов) с целью повышения квалификации и свободного обмена научной информацией;

- осуществляет научное, организационное, логистическое и финансовое сопровождение во время организации и проведения научных мероприятий, пострегистрационных наблюдательных и клинических исследований;
- организует проведение консультативно-экспертной работы с привлечением специалистов экспертного уровня различных профессиональных сфер.
- осуществляет издание научной медицинской литературы, методических указаний, клинических рекомендаций.
- выпускает ежеквартальный научно-практический журнал «Вопросы обеспечения качества лекарственных средств», входящий в перечень рецензируемых изданий ВАК Министерства науки и высшего образования РФ.

К работе в Институте инновационного развития и экспертизы в здравоохранении в качестве врачей-исследователей и экспертов привлечено более 30 тыс. специалистов в области медицины, фармации, биологии.

Для реализации данной программы планируется ежегодно:

1. Организовывать проведение наблюдательных неинтервенционных исследований клинических исходов, удовлетворенности и приверженности назначенной терапией на больших когортах пациентов по заболеваниям и отраслям медицины, включенным в проект настоящей программы «Репродуктивное здоровье нации».
2. Организовывать участие специалистов здравоохранения в научно-практических мероприятиях по отраслям медицины, включенным в проект настоящей программы.
3. Организовывать научные мероприятия для специалистов медицинской отрасли (лекций, круглых столов, семинаров, конференций, вебинаров, мастер-классов, обучающих стажировок, в том числе и международных, конгрессов) с целью повышения квалификации и свободного обмена научной информацией.

2.7. Планируемые результаты:

1. Разработка и внедрение новых лекарственных препаратов позволит повысить уровень диагностики, улучшить терапию тяжелых инвалидизирующих заболеваний, снизить заболеваемость населения России, помочь в решении демографических проблем в стране.
2. Свободный обмен научной медицинской информацией поможет вовлечь в обращение новые знания и опыт в диагностике и лечении заболеваний, обеспечить широкое участие медицинского сообщества в получении научной информации с целью использования в практической деятельности, даст возможность повысить профессиональный уровень и квалификацию врачам, фармацевтам, фармакологам, биологам и пр.
3. Оценка приверженности и удовлетворенности пациентов проводимой терапией, проведение эпидемиологических и фармако-экономических исследований позволит определить потребности в лекарственных препаратах по группам нозологий, регионам, а также обеспеченность населения необходимой терапией.

	РЕГИОНАЛЬНАЯ ОБЩЕСТВЕННАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ИНВАЛИДОВ "ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА"	Социально значимая программа (проект) на 2025-2030 гг.	Версия 2025 г.
---	--	---	-----------------------

РЗН

2.8. Критерии оценки эффективности Программы (Проекта) и контроля ее реализации:³

Оценка эффективности будет определяться высоким качеством исполнения клинических исследований, количеством пациентов, вовлеченных в наблюдательные программы, количеством специалистов, участвующих в проведении исследований, количеством подготовленных научных отчетов, публикаций, презентацией, экспертных заключений, количеством проведенных и организованных научно-информационных мероприятий, количеством участников из медицинской и фармацевтической отрасли в проводимых мероприятиях, а также тематикой и уровнем научных программ, докладов и презентаций, подготовленных специалистами РООИ «Здоровье человека».

На официальном сайте РООИ «Здоровье человека» с периодичностью 1(один) раз в квартал будет размещаться список проведенных мероприятий.

В качестве способа информирования о ходе реализации программы и ее итогах РООИ «Здоровье человека» размещает отчет на своем официальном сайте.

**Исполнительный директор
РООИ «Здоровье человека»**



Тимченко Е.А.

³. Указать критерии оценки эффективности программы, формы и периодичность отчетности, перечень документов, открытых для заинтересованных лиц, способы информирования о ходе реализации программы и ее итогах.